



# **1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Materna e Obstetrícia**

## **Contributo da Preparação para o Nascimento/ Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto**

**Relatório de Estágio**

Susana Cristina da Costa Frade

**2011**





# **1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Materna e Obstetrícia**

## **Contributo da Preparação para o Nascimento/ Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto**

Susana Cristina da Costa Frade

**Relatório de Estágio orientado por:**

Professora Helena Presado

**2011**

**Susana Cristina da Costa Frade**

*“A única coisa de que  
precisamos para nos tornarmos  
bons filósofos é a capacidade de  
nos admirarmos com as coisas.”*

*Jostein Gaarder*

**Susana Cristina da Costa Frade**

**DEDICATÓRIA**

À Beatriz e Carlos.

A todas as pessoas que contribuíram para a

Concretização deste projecto pessoal.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Helena Presado pela orientação e disponibilidade ao longo do percurso académico de elaboração deste relatório.

Ao Professor Mário Cardoso pelo acompanhamento académico ao longo do Estágio.

À Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Ana Esteves, por todo o carinho, aprendizagem e compreensão que me proporcionou ao longo do Estágio.

Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Paulo Bastos, pelo acolhimento e aprendizagem que me proporcionou no início do Estágio.

A toda a equipa do Bloco de Partos, Unidade de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos pelo acolhimento e momentos de aprendizagem proporcionados.

Por fim quero AGRADECER especialmente à minha filha e marido por toda a compreensão que tiveram ao longo destes longos meses.

**A TODOS MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

O Estágio com Relatório, contemplado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Materna e Obstetrícia, realizado no Bloco de Partos, do Hospital Dr. José de Almeida, permitiu aquisição de competências acerca do ***Contributo dos Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 estádios do trabalho de parto*** e também a aquisição de competências, no acompanhamento da Mulher/RN/ Família, descritas pela Ordem dos Enfermeiros e pelo ICM.

O conhecimento da opinião da mulher/ família permite adaptar os métodos de assistência durante os vários estádios do trabalho de parto, de forma a garantir uma experiência de parto positiva. Assim foi considerado importante realizar um estudo que permitisse conhecer as necessidades específicas da mulher/ convivente significativo, para proporcionar um trabalho de parto de acordo com as expectativas criadas ao longo da gravidez.

A metodologia utilizada na realização deste relatório, recaiu sobre a revisão da literatura, através da pesquisa de estudos nas bases de dados científicas EBSCO e *b-on*. A elaboração de diários de campo, e respectiva análise de conteúdo, acerca das competências adquiridas e comportamentos dos intervenientes, serviram como complemento aos resultados obtidos nos estudos seleccionados, enriquecendo assim o conhecimento acerca das necessidades reais das mulheres/ conviventes significativos nesta etapa da vida familiar.

Os principais resultados obtidos, revelaram que as expectativas criadas pelas mulheres durante a gravidez influenciam as experiências de parto. É a preparação efectuada ao longo dos cursos que permite às utentes apresentarem uma preparação direccionada para o autocontrolo (ansiedade e dor), uma participação activa ao longo do trabalho de parto e tomada de decisão.

Os resultados mais significativos relatam a importância atribuída ao acompanhamento efectuado pelo convivente significativo e pelos profissionais de saúde ao longo do internamento. Os enfermeiros especialistas em saúde materna são reconhecidos como detentores de competências para o acompanhamento das mulheres/ RN/ família.

Susana Cristina da Costa Frade

Embora já existam vários estudos efectuados, é necessário haver mais investigação nesta área, para promover a excelência dos cuidados às mulheres/ RN/ Família no âmbito da Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

**Palavras-chave:** cursos de preparação para o parto/ nascimento/ parentalidade/ controlo da ansiedade/ controlo da dor/ expectativas de parto/ experiência de parto/ trabalho de parto.

## ABSTRACT

With Stage Report, included in the syllabus of 1st Master's Degree in Nursing Specialization in Maternal Health and Obstetrics, held on the starting / Neonatology, Hospital Dr. José de Almeida, allowed acquisition of skills on Contribution of Course Preparation for Birth / Parenting in the Control of Pain and Anxiety during the four stages of labor and also the acquisition of skills, monitoring Women's / RN / Family, described by the Order of Nurses and the ICM.

Knowledge of the opinion of the woman / family allows adapting the methods of assistance during the various stages of labor, to ensure a positive birth experience. So it was considered important to conduct a study that helped identify the specific needs of women / partner meaningful to provide a labor according to the expectations created during the pregnancy.

The methodology used in completing this report, fell to review the literature through research studies in scientific databases EBSCO and b-on. The development of field diaries, and their content analysis, about the acquired skills and behaviors of stakeholders, served as a complement to the results obtained in the studies selected, thus enriching the knowledge about the real needs of women / cohabiting significant at this stage of family life

The main results, revealed that the expectations raised by women during pregnancy influence the experiences of childbirth. Preparation is carried out over the courses that allows users to submit a preparation for self-directed (anxiety and pain), an active participation throughout the labor and decision making.

The most significant results relate the importance attached to monitoring carried out by cohabitant significant and healthcare professionals throughout the hospital. Nurses are specialists in maternal health are recognized as having responsibilities for monitoring women's / RN / family.

Although there are several studies, more research is needed in this area, to promote the excellence of care for women / infants / Family Health within the Maternal, Obstetrics and Gynecology.



Susana Cristina da Costa Frade

**Keywords:** courses in preparation for labor / birth / parenting / control of anxiety / pain control / expectations of childbirth / labor experience / labor.

## **ABREVIATURAS e SIGLAS**

Art.<sup>o</sup> - Artigo

B-on – Biblioteca do Conhecimento Online

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CINHAL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPLEESMO – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPN/ P – Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade

DC – Diários de Campo

Dr. – Doutor

Dr.<sup>a</sup> – Doutora

EC – Ensino Clínico

ER – Estágio com Relatório

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

ESMO - Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

HPP – Hospitais Privados de Portugal

ICM – International Confederation of Midwives

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientador do Local de Estágio

PPN/P – Preparação para o Nascimento/ Parentalidade

RCEEEESMOG – Regulamento Das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

RL – Revisão da Literatura

RN – Recém-nascido

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

TP – Trabalho de Parto

UC- Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INDICE

0 - INTRODUÇÃO .....	15
1 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	18
2 – FINALIDADES E OBJECTIVOS.....	19
CAPITULO I - METODOLOGIA.....	20
CAPITULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1 – PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/ PARENTALIDADE .....	26
1.1 – GRAVIDEZ E PARENTALIDADE .....	27
1.2 – MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PARENTALIDADE ..	29
1.3 – COMPETÊNCIAS DOS EESMO NA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/ PARENTALIDADE .....	31
2 – MODELO SISTÉMICO DE BETTY NEUMAN E A PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/ PARENTALIDADE.....	33
CAPITULO III - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS.....	36
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	37
2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	39
OBJECTIVO Nº1 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICO-RELACIONAIS QUE PERMITAM A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/ RN/ FAMÍLIA, SENDO SENSÍVEIS À SUA CULTURA, DURANTE O PERÍODO PRÉ E PÓS-NATAL, PROMOTORES DO BEM- ESTAR MATERNO-FETAL E ADAPTAÇÃO/ OPTIMIZAÇÃO DO RN À VIDA EXTRA- UTERINA.....	39
OBJECTIVO Nº 3 - IDENTIFICAR OS COMPORTAMENTOS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS, PELAS UTENTES/CONVIVENTES SIGNIFICATIVOS, QUE REALIZARAM CPN/P E O CONTRIBUTO DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE, NO CONTROLO DA ANSIEDADE E DOR, DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TP .....	43
3 – RESULTADOS OBTIDOS .....	45

4 – QUESTÕES ÉTICAS.....	47
5 – IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	48
6 – CONCLUSÃO.....	51
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
APENDICES e ANEXOS.....	59
<b>APÊNDICES</b> .....	60
APENDICE I - Quadro de Caracterização dos Estudos Encontrados através da RL ....	61
APENDICE II - Guião para elaboração dos diários de campo.....	66
APENDICE III - Grelha de análise dos diários de campo .....	68
APENDICE IV - Diários de campo realizados .....	71
APENDICE VI - Análise de Conteúdo dos Diários de Campo .....	88
APENDICE VI - Planta do Bloco de Partos .....	91
APENDICE VII - Projecto de Estágio com Relatório .....	93
APENDICE VIII - Competências Adquiridas e Resultados Obtidos.....	127
APENDICE IX - Avaliações do Estágio com Relatório .....	133
APENDICE X - Diários de aprendizagem.....	141
APENDICE XI - Norma de procedimento .....	170
APENDICE XII - Plano da Sessão de Apresentação da Norma de Procedimento.....	183
APENDICE XIII - Apresentação da Norma de procedimento em <i>PowerPoint</i> .....	185
<b>ANEXOS</b> .....	197
ANEXO I - Lei Nº 7/ 2009 .....	198
ANEXO II - Parecer nº 44/2008 da OE.....	200

ANEXO III - Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.....	203
ANEXO IV - Lei nº 9/2009 .....	209

## INDICE DE QUADROS

QUADRO Nº1 - Artigos obtidos através da RL.....	21
QUADRO Nº2 - Categorias e Unidades de Contexto criadas para a Análise de Conteúdo dos DC .....	24

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1 - Abordagem ECOLÓGICA No estudo da adaptação e comportamento parental.....	28
--	----

## 0 - INTRODUÇÃO

A Preparação para o Nascimento/ Parentalidade (PPN/P) é um direito concedido às mulheres grávidas ao longo da sua gravidez, equiparado na legislação às consultas de vigilância pré-natal. Actualmente os cursos de preparação para o nascimento/parentalidade (CPN/P), encontram-se disponível para as mulheres/conviventes significativos, embora seja possível afirmar que a frequência dos mesmos ainda fica um pouco aquém do ideal. A realidade profissional e social que vivemos, o aumento do trabalho precário e a pressão exercida pelas entidades patronais são factores que contribuírem para a diminuição do usufruto deste direito. Não são apenas estes factores que contribuem à não participação nos referidos cursos, mas também podemos apontar aspectos como incompatibilidade de horários, disponibilidade desadequada às necessidades da população, limitações do número de participantes e a estruturação dos mesmos.

A estruturação dos CPN/P tem como objectivos conhecimento acerca de várias temáticas, como a anatomia e fisiologia da gravidez, amamentação, trabalho de parto e parto, puerpério, cuidados ao recém-nascido, parentalidade, legislação em vigor, de forma a minimizar a ansiedade e o medo, através do método psicoprofiláctico e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, tal como é referido por Bento (1992) citado por Couto (2003:19-20):

*“A preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar ou diminuir a expectativa ansiosa (...). Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaboração com a equipa de saúde (...) reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso (...).”*

Para além da preparação física também se direccionam os cursos para a preparação psicológica dos futuros pais, como é referido por Pacheco (2005:10):

*“O desejo de reduzir a ansiedade e o mal-estar associados ao parto, no sentido de minimizar os seus efeitos adversos, (...), conduziu também ao desenvolvimento de vários métodos de preparação para o parto e controlo da dor, como (...) práticas de relaxamento, cujos efeitos positivos foram já testados.”*

É necessário um conhecimento adequado na área da saúde materna e obstetrícia, de forma a proporcionar a preparação adequada e necessária para uma gravidez saudável, experiência positiva de parto e parentalidade responsável. Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) são os

profissionais com competências adequadas para a capacitação dos pais nesta área e cabe aos mesmos a condução e direcção dos CPN/P.

Embora seja reconhecida a formação proporcionada pelos EESMO aos futuros pais e família, é necessário manter o trabalho desenvolvido até à data, como refere Velho et al (2008:658):

*“ (...) Embora a actuação da enfermeira obstétrica seja reconhecida como importante (...), ainda existem lacunas de conhecimento acerca desta temática, exigindo novas discussões, reflexões e publicações que venham dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido por estes profissionais).”*

É com a formação contínua e as experiências profissionais que podemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à nossa sociedade. Challifour (2008:7) refere que:

*“Uma análise sistemática das nossas intervenções, permite constatar que estas estão directamente influenciadas pela nossa personalidade, conhecimento e habilidades profissionais, pela nossa concepção de pessoa e saúde, pela nossa compreensão das razões e princípios na origem da necessidade de ajuda psicológica e ainda da nossa representação do papel daquele que ajuda e do ajudado e ainda, que elas variam segundo o contexto.”*

A realização do estudo acerca do **Contributo da Preparação para o Nascimento/ Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 estádios do Trabalho de Parto**, no âmbito da Unidade Curricular - Estágio com Relatório, realizado no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida em Cascais, permitiu tomar conhecimento acerca das necessidades das mulheres/ conviventes significativos nos períodos pré, intra e pós-parto, de forma a adequar os conteúdos abordados e as estratégias utilizadas nos CPN/P. Desta forma as competências adquiridas serão facilitadoras na (re) estruturação dos CPN/P para que a preparação corresponda à realidade que será vivenciada pelas mulheres/ conviventes significativos/ família.

Como guia orientador na prática de enfermagem, durante o Estágio com relatório, foi utilizado o modelo de sistemas de Betty Neuman, tendo em conta que a “abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente” como referem Tomey e Alligood (2002:337). As mesmas autoras referem também que o modelo conceptual foi “originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interacção com o ambiente (2002:337).”

A metodologia utilizada recaiu sobre a revisão da literatura, pois permitiu conhecer o trabalho efectuado na área da PPN/P. Também a realização de diários de



campo com base na observação directa dos comportamentos das mulheres/ conviventes significativos, e a respectiva análise de conteúdo, proporcionou um momento de reflexão/análise acerca do que realmente acontece dentro da sala de partos e quais os aspectos mais valorizados pelas mulheres/ conviventes significativos.

Apesar da pesquisa efectuada ter permitido encontrar estudos referentes a realidades de diferentes países, os principais resultados estão relacionados com a transição para a parentalidade, independentemente da nacionalidade e cultura que as mulheres/ conviventes significativos estão inseridas. Também o acompanhamento do convivente significativo e dos profissionais de saúde, a preparação para as reais dificuldades associadas à maternidade e paternidade, são alguns dos pontos referidos nos resultados obtidos nos estudos encontrados.

São assim objectivos do relatório:

- 1) Descrever a problemática de partida, respectivo enquadramento teórico englobando o modelo de sistemas de Betty Neuman;
- 2) Descrever os principais resultados encontrados através da revisão da literatura e análise de diários de campo;
- 3) Descrever as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o estágio com relatório;
- 4) Reflectir acerca das questões éticas e implicações do estudo efectuado na prática;
- 5) Realizar reflexão crítica acerca de todo o percurso efectuado.

A estrutura do relatório abrange três capítulos: no primeiro capítulo será abordado a metodologia utilizada e os principais resultados obtidos através da revisão da literatura e análise dos diários de campo; no segundo capítulo será realizado o enquadramento teórico, no qual é abordado o tema da gravidez e parentalidade, métodos de preparação para o nascimento/ parentalidade e enquadramento da temática com o modelo de sistemas de Betty Neuman; e no terceiro capítulo serão apresentadas e descritas as actividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados para atingir os objectivos propostos inicialmente. Serão tidas em conta as questões éticas, as implicações do trabalho realizado para a prática, terminando com uma reflexão crítica do percurso efectuado.

## 1 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Pacheco et al (2005:8-9) referem que o “comportamento da mulher durante o parto é determinada pelo modo como previamente concebe esta experiência, importa saber e perceber melhor a forma como a mulher antecipa o parto.”

Como prestadora de cuidados na comunidade, onde se encontra implementado o projecto da PPN/P, sentia que a minha percepção das experiências de parto das mulheres/ conviventes significativos, durante o período intra-parto, não permitiam ter noção das suas vivências. Embora as mulheres/ família relatassem de forma sucinta as experiências vividas, a informação adquirida não me permitia ter a real percepção do contributo dos CPN/ P nesse período. Como é referido por Rocha (2005:11):

*“apenas pelo conhecimento da opinião da mulher será possível adaptar os métodos de assistência e garantir um trabalho de parto seguro e confortável. Nesse sentido (...) uma atenção voltada para as necessidades específicas da parturiente pode ajudá-la a ter um trabalho de parto e parto mais satisfatório.”*

Surge assim a questão de partida, para a temática a estudar ao longo do período de tempo que decorrerá o Estágio com Relatório, no Bloco de Partos do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida:

***“Qual o Contributo dos Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor, durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto?”***

A oportunidade de realizar um Estágio com Relatório, durante 19 semanas no Bloco de Partos e 1 semana na Unidade de Neonatologia, do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida – HPP de Cascais, de 23 de Janeiro a 8 de Julho de 2011, no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, permitiu-me encontrar respostas à questão de partida, de forma a direccionar, posteriormente, os CPN/P às necessidades apresentadas pelas mulheres/ conviventes significativos durante o intra-parto. O estudo foi orientado pela Professora Helena Presado – Tutora do Projecto e a orientação da Unidade Curricular - Estágio com Relatório foi realizada pelo Prof. Mário Cardoso – Orientador da Escola e pelos EESMO Ana Esteves e Paulo Bastos – Orientadores do Local de Estágio.

## 2 – FINALIDADES E OBJECTIVOS

A finalidade do Relatório de Estágio é contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela estudante, profissional, futura EESMO e pelos EESMO, às mulheres/RN/família no período pré-natal, pós-natal e principalmente durante os 4 estádios do trabalho de parto, enquadrados na cultura e sociedade que se encontram inseridas.

Pertence-se que este trabalho contribua para uma maior visibilidade ao trabalho desenvolvido na área da PPN/P e para a percepção das necessidades sentidas pelas mulheres/ conviventes significativos/ família, ao longo da gravidez e trabalho de parto, de forma a reflectir-se na excelência e qualidade dos cuidados prestados pelos EESMO, durante estes períodos

De forma a encontrar respostas à questão de partida (*“Qual o Contributo dos Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor, durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto?”*) e maximizar o desenvolvimento de competências, os objectivos propostos para o Estágio com Relatório foram:

- 1) Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- 2) Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- 3) Identifica os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da PPN/P, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

O desenvolvimento de competências preconizadas pela OE e ICM, foi efectuada através da mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolvidos durante o CMESMO/ CPLEESMO, desenvolvimento da capacidade de compreensão e resolução de situações novas e complexas, respeitando as responsabilidades sociais, profissionais e éticas.

## **CAPITULO I**

### **METODOLOGIA**

*“ (...) Uma boa pesquisa de literatura pode sustentar todo o processo de resolução do problema – se falta informação chave é muito mais difícil identificar uma solução apropriada. (...) A pesquisa de literatura de investigação tenta responder a questões clínicas específicas (CRAIG e AMYTH, 2004:47).”*

A pesquisa de literatura acerca do contributo dos CPN/P no controlo da ansiedade e dor durante os 4 estádios do trabalho de parto, foi efectuada nas seguintes bases de dados científicas: EBSCO Host, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on), CINHAL Plus With Full Text, MEDLINE With Full Text e Biblioteca Conchrane. Os descritores utilizados foram: **expectativas de parto/ experiência de parto/ trabalho de parto/ cursos de preparação para o parto/ nascimento/ parentalidade, controlo da ansiedade/ controlo da dor.**

Para a selecção dos artigos foram utilizados como critérios de inclusão: estudos quantitativos e qualitativos, publicados a partir do ano 2000, realizados principalmente a nível Europeu (de forma a adequar-se à realidade portuguesa) e também a nível mundial (como contributo de outras realidades), escritos em português, espanhol e inglês, que incluíam mulheres grávidas/conviventes significativos com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos de idade e frequência de CPN/ P.

Da pesquisa efectuada foram encontrados 42 artigos cujos resultados estavam enquadrados na temática a ser estudada. Após análise dos mesmos, e respectivos resumos, apenas 12 artigos reuniram os critérios de inclusão referidos anteriormente. Apresenta-se em apêndice o quadro dos artigos seleccionados (APENDICE I), organizados por autor, título, ano de elaboração, palavras-chave, objectivos, tipo de estudo, local, população, critérios de inclusão e principais resultados. Para uma visualização facilitadora apresento quadro referente aos artigos encontrados, referindo apenas o autor, título, ano e local que foram realizados os estudos.

Artigo Nº	Autor	Título	Ano	Local
1	Bi-Chin Kao et al	Comparative Study of Expectant Parent' Childbirth Expectations	2004	Taiwan
2	Elenice B. Consonni et al	Multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes	2010	Brasil
3	Wendy Christiaens	Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care	2008	Bélgica
4	Irene Ho and Eleanor Holroyd	Chinese women's perception of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood	2001	China
5	Carla M. L. Morgado et al	O efeito da variável "preparação para o parto" na antecipação do parto pela grávida	2009	Portugal
6	Mary Koehn	Contemporary Women's Perceptions of Childbirth Education	2008	EUA
7	M. Bergström et al	Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial	2009	Suécia
8	Petra Goodman et al.	Factors related to childbirth satisfaction	2003	EUA
9	Joanne E. Lally et al.	More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour	2008	Reino Unido
10	Kathleen R. Beebe et al	The Effects of childbirth self-Efficacy and anxiety during Pregnancy on Prehospitalization Labor	2007	EUA
11	S.T. Brown et al.	Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor	2001	EUA
12	S. Ayers A.D. Pickering	Women's Expectations and experience of Birth	2000	Reino Unido

Quadro nº 1 – Artigos obtidos através da Revisão da Literatura

A análise dos vários artigos encontrados na revisão da literatura, permitiram verificar que os resultados obtidos, respeitantes aos CPN/P, relatam que os mesmos permitem uma preparação realista às mulheres/ conviventes significativos, no controlo da ansiedade desde o final da gravidez proporcionando melhores resultados durante o TP, uma correcta utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, conhecimento adequado acerca da técnica de analgesia epidural, preparação atempada da ida para a instituição hospitalar. Mas embora o contributo dos CPN/P seja reconhecido pelas mulheres/ conviventes significativos como positivo e necessário, as mesmas referem que é importante que os educadores dos referidos cursos estejam despertos para as reais necessidades, dificuldades do TP e pós-parto (principalmente no regresso ao domicílio), e assim reestruturarem os cursos de acordo com as características populacionais e culturais, como referem os estudos apresentados por Consonni et al (nº2), Morgado et al (nº5), Koehn (nº6), Goodman et al (nº8), Lally et al (nº9) e Ayers e Pickering (nº12). Também é referido que o nº de participantes nos CPN/P, seja reduzido de forma a permitir uma participação, discussão, visibilidade activa de todos e possibilitar resposta adequada por parte do educador, como se encontra descrito nos estudos realizados por Bi-Chin Kao et al (nº1) e Ho e Holroyd (nº4).

As expectativas desenvolvidas durante a gravidez e as experiências de parto positivas, são idênticos nas mulheres dos países onde foram desenvolvidos os estudos, apesar das diferentes realidades culturais. O acompanhamento do convivente significativo e dos profissionais de saúde, no período pré, intra e pós-parto, encontra-se descrito como factor importante para a experiência de parto positiva, nos resultados apresentados por todos os autores dos 12 estudos. Uma das expectativas referidas pelas mulheres no pré-parto é não terem de recorrer a estratégias farmacológicas para alívio da dor, mas na realidade o que se verifica é que apesar de a decisão estar tomada, durante o TP muda, como refere por Lally (nº9) no estudo efectuado nos EUA. Como curiosidade é referido pelas participantes no estudo, que houve benefício com a utilização da técnica de analgesia epidural. Os resultados obtidos por Morgado et al (nº5) referem que a utilização de analgesia epidural, por mulheres que frequentaram CPN/P, por vezes é encarado como responsável do prolongamento do TP e por sentimentos de frustração influenciando negativamente a experiência de parto.

Os aspectos negativos mais relatados estão relacionados maioritariamente com o controlo da ansiedade, participação activa durante o TP, a utilização apenas das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor não ser eficaz, como nos refere Bi-Chin Kao et al (nº1), Beebe et al (nº 10) e Brown (nº11).

Como complementaridade à RL, incluiu-se a observação directa, do comportamento das utentes/conviventes significativos, nos diferentes estádios do trabalho de parto. Como refere Reis (2010:79):

*“A observação científica não é a simples observação de fenómenos, pois a ciência não parte da observação destes fenómenos, mas sim da formulação de problemas sobre os mesmos (...). A observação directa propõe o estudo de factos aproveitando a dinâmica do local em termos materiais e humanos Este instrumento é muitas vezes utilizado conjuntamente com outros instrumentos de recolha de dados”.*

De forma a facilitar a recolha de informação e de a reflectir acerca das estratégias utilizadas no controlo da ansiedade e dor foram realizados diários de campo. Os diários de campo ou notas de campo, para Bogdan e Bilken (1994: 150), são “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de estudo qualitativo”. Todos os dados colhidos pelo investigador são considerados notas de campo. A estrutura dos diários de campo deverá contemplar duas partes distintas: 1) parte descritiva e 2) parte reflexiva. Na primeira parte o investigador descreve, de forma extensa, pormenorizada e objectiva, os detalhes que observou no campo. Na segunda parte o investigador reflecte através de um relato subjectivo acerca do descrito na parte descritiva, dando ênfase a sentimentos, palpites, problemas, ideias, preconceitos e planos para a investigação futura.

Foi criado um guião para a elaboração de diários de campo (APENDICE II) e uma grelha de análise dos mesmos (APENDICE III), de forma a colher informação a partir da questão formulada e de acordo com as competências dos EESMO e objectivos delineados. Os resultados obtidos serão analisados por análise de conteúdo e justificados com os resultados obtidos a partir da revisão da literatura. Bardin (1979: 42) define análise de conteúdo como:

*“um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.*

As expectativas criadas pela estudante, no início deste projecto, relativamente ao número de mulheres/ conviventes significativos, que teriam frequentado CPN/P durante o período pré-natal, não corresponderam à realidade vivida durante o Estágio com Relatório. Da população alvo dos seus cuidados, que correspondeu a um total de cerca 134 mulheres/ conviventes significativos, apenas 10 tinham frequentado os referidos cursos.

Assim, apesar de haver poucas oportunidades de reflexão acerca do contributo dos CPN/P, surgiram três situações com características e resultados observados semelhantes aos estudos encontrados na revisão sistemática da literatura, das quais resultaram na elaboração de três diários de campo, que se apresentam em anexo (APENDICE IV).

Para a análise do conteúdo dos diários de campo realizados (APÊNDICE V), a escolha recaiu sobre a análise temática uma vez que, como refere Bardin (1979:153), de “entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples”. Também para Polit e Hungler (1995:320) as categorias são “a forma mais comum de quantificar materiais qualitativos (é enumerar as asserções registadas, em cada categoria) ”.

Após a leitura dos diários de campo, foi realizado:

- ✓ Desmembramento do texto em unidades, em categorias;
- ✓ Escolha da unidade de registo, tendo em vista a categorização e contagem de frequências. Segundo Bardin (1979:158), unidade de registo *“é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. Todas as palavras do texto podem ser levadas em consideração, ou podem-se reter unicamente as palavras-chave ou as palavras tema”*.
- ✓ Escolha da unidade de contexto, com a finalidade de descodificar a reflexão efectuada de forma a compreender o exacto significado da unidade de registo, de forma a encontrar respostas à questão de partida;

As categorias criadas dividem-se em Contributos dos CPN/P e Competências dos EESMO. Foram organizadas as unidades de contexto da seguinte forma:

Categorias	Unidades De Contexto	Unidades De Enumeração
Contributos dos CPN/P	Conhecimentos	8
	Expectativas e Experiências de Parto	20
	Acompanhamento pelo Convivente Significativo	6
Competências dos EESMO	Vigilância do TP	19
	Aplicação de Estratégias não farmacológicas	13
	Formação	16

Quadro nº 2 – Categorias e Unidades de Contexto criadas para Análise de Conteúdo dos DC



## **CAPITULO II**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1 – PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/ PARENTALIDADE

A PPN/P encontra-se disponível para as grávidas, no 3º trimestre da gravidez, no decurso de uma gravidez de baixo risco e com a vigilância pré-natal adequada. A oferta é diversa, a nível público e privado, com os principais objectivos de preparar a mulher/casal para o conhecimento acerca da anatomia e fisiologia da gravidez, amamentação, trabalho de parto e parto, puerpério, cuidados ao recém-nascido e parentalidade, de forma a minimizar a ansiedade e o medo, através do método psicoprofiláctico e estratégias não farmacológicas. Como é referido por Consonni *et al* (2010:2) “a participação em grupos de preparação durante o período pré-parto representa uma oportunidade durante a qual os problemas psicológicos experimentados na gravidez podem ser enfrentados”.

Encontra-se legislado que a utente trabalhadora tem direito a frequentar CPN/P durante a gestação, sendo em termos de justificação equiparada a uma consulta pré-natal, tal como é referido no art.º 46, ponto 1 e 4, da lei nº 7/2009 (ANEXO I) (<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>):

*“Art.º 46 – Dispensa para consulta pré-natal*

*1 – A trabalhadora grávida tem o direito a dispensa do trabalho para consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessário; (...)*

*4 – Para efeito dos números anteriores, a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal (...).”*

Actualmente os cursos são ministrados por diversos profissionais, embora esteja bem explícito no Parecer nº 44/2008 (ANEXO II), emitido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que é uma área da competência dos EESMO:

*“Só aos detentores do título de enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, na área clínica da sua especialidade” (nº2, art.º7 do EOE). Os cursos de preparação para o parto inscrevem-se num contexto de formação não conferindo a habilitação para o exercício autónomo desta actividade aos enfermeiros sem especialidade nesta área.*

*Só aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna é reconhecida a competência de ministrar os cursos de preparação para o parto”.*

De acordo com o Regulamento das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, da Ordem dos Enfermeiros (aprovado em assembleia extraordinária desde 20 de Novembro de 2010 – ANEXO III), a 2ª competência descrita também refere que os programas de preparação para o nascimento/parentalidade são da responsabilidade dos EESMO:

*“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde”. (...) H2.1.7 “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”.*

Também é referido por Morgado *et al* (2009:26) que “ o enfermeiro (...) desempenha (...) um papel singular e imprescindível na promoção de uma gravidez e preparação para o parto saudável (...) alicerçando o bem-estar psicológico e cultural, o bem-estar físico e a adaptação às novas tarefas”.

## 1.1 – GRAVIDEZ E PARENTALIDADE

A gravidez e o nascimento de um filho são uma fase de transição na vida de um casal e da sua família, exigindo uma reorganização e redefinição dos papéis de cada um. A gravidez está inerente ao ciclo vital da mulher (e do homem), por isso é considerada um processo natural. De acordo com Maldonato (1986:19):

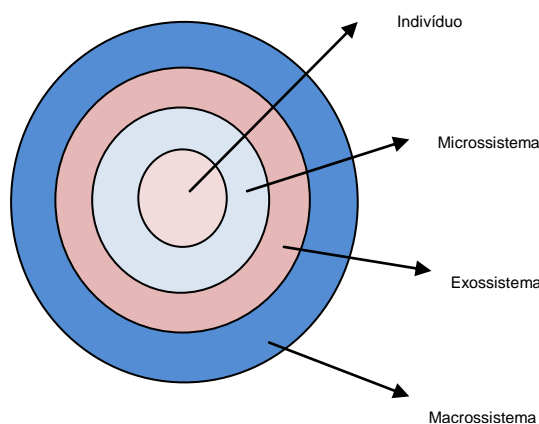
*“No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.”*

No corpo da mulher ocorrem alterações fisiológicas, através de alterações hormonais e pressões mecânicas, de forma a proteger a fisiologia materna, a responder às necessidades metabólicas e ao desenvolvimento do feto. Não se pode negligenciar a hipótese de surgirem problemas que necessitem de uma vigilância rigorosa, para garantir o bem-estar materno e fetal. Para além das alterações físicas também estão presentes alterações psicológicas e sociais. Como é referido por Maldonato (1986:22):

*“A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verifica-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis – a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente. No caso do primípara, a grávida além de filha e mulher passa a ser mãe; mesmo no caso da múltipara, verifica-se uma certa mudança de identidade, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois e assim por diante, porque com a vinda de cada filho toda a composição da rede de intercomunicação familiar se altera.”*

A transição de papéis e de identidade é vivenciada pelo homem, de forma semelhante, visto a paternidade também fazer parte do desenvolvimento emocional do homem.

Para Leal (2005:240), a transição para a parentalidade obedece a várias etapas do desenvolvimento, para atingir níveis organizacionais mais complexos, dependentes da aceitação da gravidez, da aceitação da realidade do feto, da aceitação do bebé como pessoa isolada, da reavaliação e reestruturação da relação com os pais e da relação com o companheiro, da reavaliação e reestruturação com a própria identidade e da relação com os outros filhos. Esta transição terá que ser avaliada consoante vários factores, pois o comportamento de cada indivíduo depende de características individuais, familiares e parentais (microsistema), do contexto social, laboral, económico (exossistema) e da cultura onde se encontram inseridos (macrossistema).



**Figura 1** – Abordagem ecológica no estudo da adaptação e comportamento parental

Fonte: LEAL, Isabel- *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, 2005:240 (Adaptado)

Hernandez e Hutz (2009:416) citando Carter e Macgoldrick (2001) referem que a função parental é um conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais. Essa função será desempenhada pelo casal, que atinge um nível superior na hierarquia geracional (passam da geração mais nova para uma geração prestadora de cuidados à nova geração).

Nesta nova etapa da vida de um casal, a parentalidade assume liderança relativamente à conjugalidade, visto os papéis que ambos assumiram até então sofrerem alterações com a chegada de um novo elemento ao núcleo familiar. Para ultrapassar a transição inerente a este momento é necessário que o casal tenha um relacionamento bem estruturado, de forma a criar uma aliança conjugal flexível e consequentemente uma aliança parental.

Almeida (2005:10) citando Minuchin (1982) refere que “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Assim, perante mudanças internas e externas de transformação, a família deverá ser capaz de se adaptar a todas estas mudanças sem perder continuidade”.

## **1.2 – MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PARENTALIDADE**

O método psicoprofiláctico é o método mais conhecido, que consiste em técnicas respiratórias e de relaxamento para controlo da dor provocada pelas contracções uterinas. Mendes (1993) citado por Couto (2003:70) refere que:

*“É possível reduzir a actividade cerebral com participação neuromuscular adequada, ensinando um condicionamento no relaxamento aos desconfortos das contracções uterinas. Trata-se principalmente em ritmar os movimentos respiratórios, lentos nos intervalos das contracções e muito acelerados e superficiais logo a seguir à subida do tónus contráctil uterino”.*

Os três métodos de preparação para o nascimento/parentalidade mais conhecidos são os de Dick-Read, Bradley e Lamaze. O objectivo principal é proporcionar à mulher conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da gravidez, o trabalho de parto, parto e pós-parto, aumentando a sua auto-confiança e treinando a mente e o corpo através das técnicas referidas no parágrafo anterior.

Nos anos 30, do século XX, o Dr. Grantly Dick-Read defendeu que a dor do trabalho de parto era mais intensa devido ao medo e à tensão. Ficou conhecido como o Método de Parto Natural, que “incluía a prática de três técnicas: exercício físico para preparar o corpo para o trabalho de parto, relaxamento consciente e padrões de respiração” (LOWDERMILK & PERRY, 2006:360). Pretendia-se assim que o medo e a tensão fossem substituídos pela compreensão e a confiança.

As mulheres treinam relaxamento progressivo dos vários grupos de músculos e exercícios respiratórios que incluem respiração abdominal profunda durante a maior parte do trabalho de parto e respiração superficial no final do 1º estágio do TP. Lowdermilk e Perry (2006:360) referem que com este método “a mulher é ensinada a tentar elevar os músculos abdominais durante as contracções libertando o útero contraído da musculatura abdominal” de forma a aliviar a dor provocada pela referida contractura muscular.

Nos anos 50, do mesmo século, Dr. Fernand Lamaze, implementa em França o método psicoprofiláctico, após ter participado numa conferência na Rússia. Este método foi desenvolvido por Nicolaiev e Welwoski em 1936, tendo por base a teoria de Pavlov sobre os reflexos condicionados, os quais chegaram à conclusão que reeducar as grávidas através de condicionamentos poderia ter efeitos positivos na redução da dor e do medo.

Lamaze defendia que a dor era um reflexo condicionado, pelo que o método de ensino incidia sobre resposta condicionada das mulheres à dor das contracções uterinas “através do relaxamento muscular controlado e de padrões respiratórios adequados, em substituição do choro e perda de controlo” (LOWDERMILK & PERRY, 2006:360). De acordo como as mesmas autoras (2006:360):

*“Os professores deste método acreditam que a respiração torácica afasta o diafragma do útero em contracção, concedendo-lhe mais espaço para expandir. Os padrões de respiração torácica variam de acordo com a intensidade das contracções e com a evolução do parto.”*

Este método também tem como objectivos que as mulheres compreendam a fisiologia do seu corpo e a neurofisiologia da dor, de forma que haja uma maior compreensão e por sua vez eliminação do medo.

O método psicoprofiláctico chega a Portugal nos mesmos anos, através de Dr. Pedro Monjardino, Dr.<sup>a</sup> Cesina Bermudes e Dr. Seabra Dinis, após formação em França com Dr. Lamaze e Dr. Pierre Vellay (seguidor de Dr. Lamaze que deu continuidade ao seu trabalho após a sua morte). O Hospital do Ultramar foi escolhido para iniciar os cursos que tiveram grande sucesso. Em 1963, Dr.<sup>a</sup> Graça Mexia realiza um estágio em França com os 2 médicos franceses referidos no parágrafo anterior e implementa o método em Lisboa. Em 1980, a Enfermeira Obstetra Celeste Pereira, inicia CPN/P no Porto.

O método do parto assistido pelo marido desenvolvido pelo Dr. Robert Bradley, surge na década dos anos 60. Lowdermilk & Perry (2006:360) referem que este método foi baseado nas “observações do comportamento animal, durante o parto, e enfatiza a necessidade de trabalhar em harmonia com todo o corpo, utilizar o controlo da respiração, a respiração abdominal e o relaxamento corporal generalizado”.

Actualmente existem outras estratégias não farmacológicas para o controlo da dor no trabalho de parto, igualmente eficazes, que podem ser incorporadas nos CPN/P, como referem Lowdermilk & Perry, (2006:360-367): Effleurage e Contrapressão, Musicoterapia, Hidroterapia, Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea, Acupressão

e Acupunctura, Aplicação de calor e frio, Hipnose, Biofeedback, Aromaterapia e o Bloqueio intradérmico de água.

### **1.3 – COMPETÊNCIAS DOS EESMO NA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/ PARENTALIDADE**

É da competência do EESMO o acompanhamento da grávida/família, num momento de fragilidade familiar implicada pela reestruturação. A vigilância pré-natal adequada, criação de projectos de apoio criativos e de suporte, acompanhamento no intra e pós-parto, permite ao EESMO responder às necessidades dos utentes através da prestação de cuidados de excelência. Segundo Johnson e Niebyl (2005) citados por Lowdermilk e Perry (2006:253) “a finalidade dos cuidados no período pré-natal é identificar a existência de factores de risco e outros desvios do normal para que a gravidez termine com êxito”.

A formação académica sobre gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério e competências parentais, confere competências aos EESMO, para diagnosticar a gravidez, realizar a vigilância de uma gravidez de baixo risco, efectuar exames necessários à vigilância de uma gravidez normal, tal como se encontra descrito na Lei nº9/2009 de 4 de Março, art.º 39 (D.R 1ª Série, Nº 44, 1478 – ANEXO IV). Quando detectados factores de risco, a vigilância passa a ser realizada em conjunto com uma equipa interdisciplinar.

Planear a educação pré-natal ao longo dos 3 trimestres de gravidez, proporciona uma melhor eficiência dos cuidados prestados pelos EESMO e consequentemente aumento da satisfação dos utentes receptores dos cuidados. As necessidades variam à medida que a gravidez evolui, sendo a educação planeada e adequada a cada utente, tendo em conta que no 1º trimestre é necessário informar os utentes acerca da aceitação e adaptação à gravidez, periodicidade de consultas, exames complementares de diagnóstico, desenvolvimento da gravidez e crescimento fetal, desconfortos e complicações mais frequentes, estilos de vida saudáveis e regime alimentar aconselhado; no 2º trimestre validar de todos os temas do 1º trimestre, abordar novos temas como o aleitamento materno, plano de parto e PPN/P; no 3º trimestre para além dos assuntos referidos anteriormente, devemos incidir os cuidados no pós-parto e ao recém-nascido, planeamento familiar e sexualidade. Para Lally *et al* (2008:8) “ as mulheres bem preparadas durante a gravidez, têm expectativas mais realistas relativamente à dor, estão menos predispostas a sentir frustração e têm aumento da confiança promovendo uma experiência mais positiva”.

A educação para a saúde é por excelência uma forma de transmissão de conhecimentos com intenção de proporcionar mudanças de comportamentais e de pensamento. Como é referido por Tones e Tilford (1994) citados por Carvalho e Carvalho (2006:23):

*“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.*

Para Carvalho e Carvalho (2006:23):

*“educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a saúde. Isto exige dinâmica de trabalho.”*

Os CPN/P são exemplo de educação para a saúde, que conferem às grávidas/casal competências facilitadoras para o parto normal, recorrendo a estratégias não farmacológicas no alívio da dor. Segundo Arkrett (1992) citado por Couto (2003:67):

*“Os programas de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor ou psicoprofiláctico, implica aprendizagem de técnicas de desconstracção psicofisiológica no tratamento das dores de trabalho de parto de forma a poder minimizar-se o uso de anestesia ou da analgesia”.*

Também é referido por Maldonato (1986:120) que:

*“A dor do parto é socialmente aprendida através da tradição cultural e pode ser desaprendida através da formação de novas associações ou padrões de resposta. Desta forma, a educação para o parto ajudaria a mulher a desfazer a associação entre a contracção uterina e dor e aprender uma nova associação entre a contracção e resposta respiratória juntamente com o relaxamento muscular”.*

A criação de projectos de apoio como terapias de grupo, CPN/P, são importantes para os futuros pais, pois capacita-os para a realidade que se aproxima: o parto, o nascimento do bebé e a parentalidade. As dificuldades associadas a esta fase geram ansiedade, medo e angústia no casal: ansiedade de conhecer o filho, medo do trabalho de parto e da angústia relativa à capacidade de cuidar do recém-nascido. As dificuldades referidas são geradas por desconhecimento das alterações fisiológicas e psicológicas provocadas pela gravidez, pelo desconhecimento do próprio corpo e pela



insegurança característica deste período. Segundo Morgado *et al* (2009:25) “ as grávidas (...) com preparação planeiam e preparam o parto de forma positiva, consideram a respiração e o relaxamento técnicas úteis (...) sentindo-se mais confiantes em termos de conhecimento de procedimentos relativos ao TP e parto.”

## 2 – MODELO SISTÉMICO DE BETTY NEUMAN E A PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/ PARENTALIDADE

De forma a encontrar resposta à questão formulada, é necessário desenvolver competências específicas aos EESMO, principalmente referentes ao acompanhamento das mulheres/ família durante o trabalho de parto e pós-parto, tal como se encontram descritas pela Ordem dos Enfermeiros e ICM.

As actividades a desenvolver, de forma a adquirir as competências específicas, terão como quadro de referência o modelo teórico de Betty Neuman. Segundo Tomey e Alligood (2002:337):

*“O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interacção com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto”.*

O modelo de sistemas de Neuman descreve que o organismo mantém o seu equilíbrio e saúde, através da homeostase (teoria de *Gestalt*), de forma a satisfazer as suas necessidades. Quando existe descontinuidade, incapacidade de satisfazer as necessidades poderá surgir a doença.

Como é descrito por Tomey e Allygood (2002:337) o modelo de Neuman engloba três níveis de prevenção:

*“A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento”.*

É importante definir que Neuman considera *stressores* os estímulos produtores de tensão, que podem ser forças intrapessoais (ex. respostas condicionadas), interpessoais (ex. expectativas de função) e extrapessoais (ex. circunstâncias financeiras). Betty Neuman utilizou a definição de Selye, que define o stress como uma

resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito (TOMEY e ALLYGOOD, 2002:337).

Segundo Neuman, o ser humano é considerado como único, com uma estrutura básica. Visto ser considerado um sistema aberto, existe uma interligação harmoniosa entre o ambiente e as variáveis fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais e do desenvolvimento. Freese (2004) citado por Silva (2008:40) refere que:

*“O ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo de Sistemas (...) sendo a relação entre o ambiente e a pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente. Os stressores são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (...).”*

A escolha do modelo de Betty Neuman, surgiu pelo facto da abordagem sistémica do modelo de sistemas considerar o indivíduo como centro das referências conceptuais, adaptando-se a todas as áreas de prestação de cuidados dos EESMO, fundamentando o presente projecto, de forma a encontrar resposta à questão inicial.

Neuman descreve a enfermeira como uma participante activa com o cliente e como “estando relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do individuo aos stressores (TOMEY e ALLYGOOD, 2002:343).”

Assim o modelo adequa-se ao presente trabalho, visto a frequência de CPN/P, contribuir para que as mulheres/ conviventes significativos criem e idealizem expectativas para o parto, que, por sua vez irão influenciar as experiências de parto vividas por ambos. Através da aprendizagem adquirida ao longo dos cursos, as expectativas criadas sofrem várias influências explicadas por Neuman como factores internos e externos (ambiente) à pessoa, sendo os stressores os principais responsáveis pelas alterações que comprometem a estabilidade do sistema, obrigando uma adaptação constante do cliente ao ambiente.

À luz do modelo, os CPN/P inserem-se na prevenção primária, visto capacitarem as mulheres/ conviventes significativos a fortalecer a linha de defesa e a reduzir a possibilidade de enfrentar stressores – como por exemplo, o facto de tomarem consciência do possível controlo da ansiedade e dor durante o trabalho de parto, através da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor e de toda aprendizagem incluída nos referidos cursos, proporciona instrumentos para “afastarem” os stressores como a ansiedade e a dor. Como é referido por Tomey e Alligood (2002:339) “a prevenção primária é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor. Ainda não ocorreu a reacção mas o grau de risco é conhecido”.

É durante o trabalho de parto, que as mulheres/ conviventes significativos se deparam com a capacidade de lidar com os *stressores*, com a capacidade de aplicarem a aprendizagem adquirida durante a gravidez, com o autocontrolo e confronto com as expectativas criadas ao longo da gestação. Assim o EESMO, como principal prestador de cuidados, deverá ter a percepção da resposta dos clientes ao *stress* de forma a detectar precocemente os sintomas e direccionar o tratamento. Neste momento é necessário utilizar os recursos do cliente para haver estabilização do sistema, como é descrito no modelo de sistemas de Neuman, “a prevenção secundária envolve intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas de stress (TOMEY e ALLYGOOD, 2002:339).”

Na prevenção terciária é necessário haver uma readaptação e reeducação para prevenir futuras ocorrências e haver manutenção da estabilidade. Se durante o trabalho de parto a mulher/ convivente significativo não conseguirem concretizar as expectativas idealizadas, aplicar a aprendizagem efectuada no pré-parto e não obterem resultados positivos de forma a proporcionar experiências positivas de parto, cabe aos EESMO encontrarem estratégias em conjunto com os clientes para o resultado final ser o mais próximo do pretendido. Tomey e Alligood (2002:339) referem que o objectivo da prevenção terciária “é fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o reaparecimento da reacção ou a regressão”.

O modelo de sistemas de Betty Neuman pode ser utilizado em várias áreas de actuação de enfermagem, como descrito anteriormente, com a temática estudada durante o Estágio com Relatório, este modelo aplica-se à área dos cuidados de saúde primários. Como é referido por Tomey e Allygood (2002: 353) “o vasto âmbito deste modelo faz com que seja considerado suficientemente geral para ser útil às enfermeiras e a outros profissionais de saúde no trabalho com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades com todos os contextos de cuidados de saúde”.

## **CAPITULO III**

### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS**

## 1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Hospital Dr. José de Almeida – HPP de Cascais pertence ao grupo HPP Saúde, um grupo privado de cuidados de saúde, que tem como objectivo prestar um serviço centrado nas necessidades do cliente. A política de qualidade da HPP Saúde consiste em garantir a satisfação das necessidades dos clientes nas suas Unidades Hospitalares, respeitando procedimentos eticamente correctos, para obter o melhor resultado em termos de saúde, com adequados níveis de preços, de serviço e de segurança (<http://www.hppcascais.pt>).

O Hospital de Cascais Dr. José de Almeida traz enormes benefícios para os residentes da sua área de influência. A substituição do centro hospitalar (Hospital Condes Castro Guimarães, Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida e Hospital de Dia Oncológico) por uma unidade moderna, funcional e eficiente proporciona melhores condições, tanto aos profissionais de saúde, como à população do Concelho de Cascais e das freguesias do Concelho de Sintra abrangidas pela área materno-infantil. As 8 freguesias do Concelho de Sintra abrangidas são: Algueirão - Mem Martins; Pêro Pinheiro; Colares; São João das Lampas; Sintra (Santa Maria e São Miguel); Sintra (São Martinho); Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem (<http://www.hppcascais.pt>).

Das várias especialidades existentes no hospital, a área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia, está representada em vários serviços de internamento e urgência. No 3º piso encontra-se o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e o bloco de partos; no 5º piso estão situados os serviços de internamento de obstetrícia, obstetrícia internamento de grávidas de risco e ginecologia. Também se encontra situado no mesmo piso do bloco de partos a Unidade de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, a qual tem capacidade para 14 bebés e 8 crianças respectivamente. As Consultas Externas, onde se realizam as consultas de Obstetrícia e Ginecologia encontram-se situadas no 1º piso.

O estágio com relatório decorre no bloco de partos (19 semanas) e unidade de neonatologia (1 semana), do referido hospital.

O bloco de partos (APENDICE VI) tem 7 salas de parto, equipadas de forma a permitir que todo o trabalho de parto seja efectuado na mesma. Estão todas equipadas com camas de parto articuladas, cuja versatilidade permite posicionar a utente de forma adequada e confortável para a realização do parto eutócico ou distócico (fórceps

e ventosa). Em caso de decisão de cesariana, será transferida para um dos 2 blocos operatórios existentes no serviço para realização das mesmas.

A prestação de cuidados às utentes com necessidades específicas na área de saúde materna, obstetrícia e ginecologia é assegurada por uma equipa multidisciplinar. A equipa do bloco de partos é formada por:

- ✓ Director do Serviço
- ✓ 7 Equipas Médicas
- ✓ 1 Enfermeiro ESMO Coordenador de Saúde Materna
- ✓ 1 Enfermeira ESMO Responsável (Enf.<sup>a</sup> Chefe)
- ✓ 22 Enfermeiros ESMO (5 EESMO em meio horário)
- ✓ 14 Enfermeiros prestadores de cuidados gerais
- ✓ 10 Assistentes operacionais
- ✓ 1 Administrativa.

Encontram-se escalados por turno 5-6 enfermeiros, sendo 3 EESMO e 2-3 enfermeiros prestadores de cuidados gerais, distribuídos pela triagem, blocos operatórios, recobro e salas de parto. O enfermeiro que chefia o turno é sempre um EESMO e na triagem também é escalado sempre 1 EESMO.

A admissão da mulher grávida no hospital é realizado no serviço de urgência geral e posteriormente, após realização da ficha de inscrição pelos assistentes técnicos do referido serviço, é encaminhada para o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia. No serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia é efectuada a triagem, pelo EESMO, de acordo com a ordem de chegada. É atribuído um código de prioridade de cuidados consoante o motivo que leva a utente a recorrer ao referido serviço e posteriormente é observada pela equipa médica, que decide o internamento ou alta. Poderá ocorrer internamento directo para o bloco de partos e serviço de medicina materno-fetal.

No caso de haver internamento para o bloco de partos, é o EESMO, que se encontra na triagem, que realiza a anamnese, verifica a existência de exames complementares de diagnóstico actualizados e acompanha a utente ao bloco de partos. A utente é acolhida numa sala de partos, onde permanecerá até cerca de 2 horas após o nascimento do recém-nascido. É fornecido um kit composto por bata aberta, toalha de banho, chinelos e 2 microclisteres de citrato de sódio antes da realização dos restantes procedimentos protocolados para a admissão. Após o descrito, a restante admissão da utente é realizada pela equipa que se encontra escalada no bloco de partos, permitindo assim continuidade de cuidados entre estas 2 valências. O

acompanhamento da evolução do trabalho de parto e restantes cuidados especializados são da responsabilidade do EESMO. Após a realização de cuidados de conforto e procedimentos protocolados, é permitida a permanência do convivente significativo escolhido pela utente.

A transferência para o serviço de internamento de obstetrícia (“puerpério”) é efectuada 2 horas após o nascimento do recém-nascido, dependendo da avaliação de ambos, efectuada ao longo desse período e também das vagas existentes no serviço de internamento.

O regresso ao domicílio, da puérpera e RN, é realizado 48 horas após, se o tiver ocorrido parto eutócico, 72 horas após se o parto realizado for cesariana e se a avaliação clínica de ambos permitirem a alta hospitalar.

## **2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Serão descritas de seguida as competências desenvolvidas e objectivos propostos, inicialmente no Projecto do Estágio com Relatório (APENDICE VII).

### **OBJECTIVO Nº1 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICO-RELACIONAIS QUE PERMITAM A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/ RN/ FAMÍLIA, SENDO SENSÍVEIS À SUA CULTURA, DURANTE O PERÍODO PRÉ E PÓS-NATAL, PROMOTORES DO BEM-ESTAR MATERNO-FETAL E ADAPTAÇÃO/OPTIMIZAÇÃO DO RN À VIDA EXTRA-UTERINA**

Durante as 20 semanas de estágio, foram mobilizados conhecimentos adquiridos ao longo do CMESMO/ CPLEESMO e as competências adquiridas nos ensinamentos clínicos anteriores, de forma a completar o processo de aprendizagem. A integração na equipa multidisciplinar e o conhecimento organizacional dos serviços que integraram o ER, foram um contributo determinante para o desenvolvimento de competências dos EESMO.

O cronograma referente à organização das actividades a desenvolver neste período de tempo é apresentado no projecto de estágio, que se encontra no Apêndice VI, como referido anteriormente.

É descrito de uma forma sucinta as actividades desenvolvidas durante o estágio num plano de actividades apresentado em apêndice (APÊNDICE VIII). Foram respeitadas os requisitos referidos nos art.º 27º da Directiva 89/594/CEE de 30 de Outubro e o ponto B do anexo da Directiva 80/155/CEE, União Europeia.

O término do percurso académico com a UC- Estágio com Relatório, permitiu reunir as várias áreas de actuação do EESMO. Desde o acolhimento da utente no serviço de urgência, quer na área de Obstetrícia como de Ginecologia, no qual, o primeiro contacto das utentes, é com o EESMO, até à Unidade de Neonatologia, foram experiências que permitiram o conhecimento de situações que se enquadravam dentro dos padrões da normalidade como também em situações de patologias materno-fetal. Assim as competências adquiridas nos EC anteriores foram extremamente importantes para desenvolver as competências mais específicas aos períodos pré, intra e pós-natal.

Segundo Dreyfus (1981) citado por Benner (2005:39):

*“Na aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. (...) Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspectos gerais (...). O primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação (...); o terceiro aspecto é a passagem de observador desligado a executante envolvido”.*

Analisando o percurso formativo, permite-me colocar a minha evolução do nível de iniciada para o nível de competente. Esta transição é descrita por Benner (2005:49) quando a enfermeira “apercebe-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente”. Embora o percurso académico tenha contemplado apenas 6 meses, avalio a minha evolução, desde o início até ao término da UC, nesse nível de competência, visto realizar uma “análise consciente, abstracta e analítica do problema (BENNER, 2005:49) ” e a orientadora do local de Estágio “descrever que houve evolução do estado estímulo-resposta ao estado da competência adquirida ao longo da prática de enfermagem (BENNER, 2005:49). A Avaliação da evolução da aquisição de competências, contemplou 3 momentos de avaliações conjuntas com o orientador da escola e do local do ER, divididas em 2 avaliações formativas e 1 sumativa, apresentadas em apêndice (APÊNDICE IX).

A realização de diários de aprendizagem (APÊNDICE X), como reflexão de situações e práticas, permitiram analisar a minha actuação, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados durante este momento de crescimento académico, pessoal e profissional.

Para além das actividades propostas inicialmente no projecto de estágio, tornou-se pertinente responder a uma necessidade do serviço: contribuir para a criação de manual de procedimentos de enfermagem, no sentido de haver uniformização dos cuidados prestados. Após reuniões com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe e EESMO orientadora do



local de estágio, a escolha recaiu sobre a temática Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia, tendo sido realizada uma norma de procedimentos (APENDICE XI). A elaboração e apresentação da referida norma aos profissionais do bloco de partos (APÊNDICES XII e XIII). Embora esta actividade não estivesse inicialmente planeada, o desenvolvimento deste projecto permitiu a aquisição de competências nesta área específica de actuação dos EESMO, tornando-se um contributo, para a prestação de cuidados e desenvolvimento académico e profissional. A oportunidade de prestar cuidados directos a utentes com esta patologia, tornou-se real durante o ER, permitindo aplicar na prática, os procedimentos descritos na norma de procedimento realizada.

**OBJECTIVO Nº 2 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS E RELACIONAIS QUE PERMITAM A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/RN/FAMÍLIA, SENDO SENSÍVEIS À SUA CULTURA, DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, EM PARTOS EUTÓCICOS, DISTÓCICOS E COM PATOLOGIA ASSOCIADA**

De acordo com as directivas da União Europeia, referidas anteriormente neste relatório, o estudante deveria realizar (Manual do Estudante, ESEL, 2009):

1. Vigilância e prestação de cuidados a, pelo menos, 40 parturientes;
2. Realizar, pelo menos 40 partos;
3. Prática de episiotomia e iniciação à sutura;
4. Vigilância e prestação de cuidados, a pelo menos, 100 puérperas e RN;
5. Vigilância e prestação de cuidados a, pelo menos, 40 grávidas em situação de risco (partos distócicos e patologias da gravidez).

Ao longo do Estágio com Relatório, foram prestados cuidados a um total de 134 mulheres/ RN/ conviventes significativos, tendo sido realizado o acolhimento a 26 utentes no bloco de partos. A importância do primeiro contacto ser realizado por mim, permitiu que a construção da relação terapêutica e empática facilitadora no acompanhamento durante o internamento neste serviço de internamento e por conseguinte o desenvolvimento de competências mais facilitador também. Foram efectuados todos os procedimentos e exames pré-natais necessários para garantir o bem-estar materno-fetal.

Os CPN/P foram frequentados apenas por 10 casais, e apenas 4 mulheres optaram por não serem acompanhadas por conviventes significativos no 2º e 3º estádios do TP. A aprendizagem realizada nos referidos cursos contribuiu de forma

positiva para o controlo da ansiedade e dor, visto serem aplicadas correctamente, apenas com necessidade de algumas orientações pontuais e sugestão de outras técnicas complementares. Foram necessários reforços positivos, durante o 3º estágio do TP, na utilização de técnicas desenvolvidas no período pré-natal. O *feed-back* existente nestas situações contribuiu em grande parte para a aquisição de competências relativas ao contributo da PPN/P durante a gravidez, permitindo-me avaliar o que é necessário abordar e desenvolver com as mulheres/ conviventes significativos durante os CPN/P. Considero agora que o trabalho que desenvolvi até à data responde às necessidades das utentes, mas ainda necessita de reformulações e inovação na sua estruturação.

A analgesia epidural foi utilizada por todas as mulheres que realizaram PPN/P, apesar de inicialmente 3 referirem que preferiam não recorrer a esta técnica, mas todas referiram os benefícios da mesma durante o TP. Esta conclusão também foi obtida no estudo realizado por Bergström e Waldenström (2009:1175), que revelaram “a preparação para o parto natural incluindo o treino psicoprofiláctico não reduz a necessidade de analgesia epidural (...)”.

A experiência de realizar partos eutócicos é indescritível, pois para além de ser um momento único na vida profissional e pessoal, o sentido da responsabilidade de promover o bem-estar materno-fetal, mas também de toda a família, é muito elevado. As dificuldades iniciais estavam relacionadas com a operacionalização dos conhecimentos teóricos com a prática em si. A técnica de episiotomia, episiorrafia e sutura de lacerações, foi ultrapassada com alguma facilidade, ao contrário da dequitação, que se tornou um desafio para conseguir desenvolver a técnica correcta, também ultrapassada no final do estágio. Foram realizados no total 45 partos eutócicos, nos quais foram necessários realizar 36 episiotomias e a respectiva episiorrafia, 12 lacerações de I e II grau, também suturadas e apenas 3 utentes ficaram com perineo íntegro após expulsão do feto.

A vigilância e prestação de cuidados no 4º estágio do TP, abrangeu 50 puérperas e RN, tendo a avaliação puerperal sido classificada nos parâmetros da normalidade e posteriormente efectuada a transferência da mãe e RN para o serviço de internamento de obstetria.

O acompanhamento, vigilância e prestação de cuidados a grávidas cuja evolução do TP resultou na realização de parto distócico (cesariana, ventosa e fórceps) englobou um total de 14 grávidas. Nestas situações houve a oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados imediatos aos RN. Também foi proporcionado

o acompanhamento psicológico às mulheres, de forma a maximizar a capacitação e colaboração da mesma com toda a equipa. Dos referidos partos distócicos, 5 foram partos por cesariana, decididas por sofrimento fetal, paragem na progressão do TP e 1 por patologia materna – Pré-Eclâmpsia. Nesta última situação, a prestação de cuidados à grávida foi enriquecedora visto contribuir para o complemento de informação adquirida durante a mobilização de conhecimentos para a UC e realização da norma de procedimentos dos cuidados de enfermagem, referida no objectivo anterior.

### **OBJECTIVO Nº 3 - IDENTIFICAR OS COMPORTAMENTOS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS, PELAS UTENTES/CONVIVENTES SIGNIFICATIVOS, QUE REALIZARAM CPN/P E O CONTRIBUTO DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE, NO CONTROLO DA ANSIEDADE E DOR, DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TP**

Inicialmente, a área de prestação de cuidados especializados no bloco de partos, tornou-se um desafio ao mesmo tempo que proporcionou a aprendizagem necessária para encontrar resposta à preocupação existente no acompanhamento e necessidades das mulheres/ família durante o pré, intra e pós-parto, principalmente na aplicabilidade da aprendizagem e na capacitação, adquiridas nos CPN/P. A prestação de cuidados especializados, teve por base as competências dos EESMO, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses e pelo ICM.

As necessidades das mulheres nos 4 estádios do trabalho de parto, detectadas durante a observação directa dos comportamentos, foram principalmente a importância atribuída pelas mesmas ao acompanhamento dos conviventes significativos durante este período de internamento. O acompanhamento dos profissionais de saúde, principalmente os EESMO, foi também referido como importante e positivo para a experiência de parto. As experiências de parto por vezes não corresponderam às expectativas criadas ao longo da gravidez, em determinadas situações foi verbalizado pelas mulheres/ conviventes significativos sentimentos de frustração, desilusão com o desempenho e aprendizagem adquirida nos CPN/ P. Estes resultados obtidos estão de acordo com os resultados dos estudos encontrados através da revisão da literatura e da análise dos diários de campo. Segundo Benner (2005:33):

*“As enfermeiras adquirem do contacto com os doentes e familiares todo o leque de respostas, de significados e de comportamentos, destinado a fazer frente às situações mais extremas. (...) Compreendê-los sem os tornar incompreensíveis pela análise fora do contexto, pode fornecer a base de um estudo sistemático e de um desenvolvimento mais avançado da prática e da teoria”.*

Verifiquei que as mulheres/ conviventes significativos utilizavam as estratégias não farmacológicas de forma adequada e que a maioria recorreu a analgesia epidural para alívio da dor. Foi proporcionado acompanhamento durante a utilização das técnicas treinadas nos CPN/ P (para além de todo o acompanhamento necessário durante o internamento) e também durante a utilização de técnicas alternativas, de acordo com a evolução do trabalho de parto, tal como preconizado na 2ª competência descrita no regulamento da Ordem dos Enfermeiros: “H 3.1.1 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”. Como refere Betty Neuman, no seu modelo de sistemas, a actuação nestas situações engloba os 3 níveis de prevenção. Os conhecimentos adquiridos ao longo da PPN/P permitem a identificação de estímulos que irão interferir com a estabilidade do sistema do indivíduo. Esta fase é descrita por Neuman como prevenção primária, visto ainda ter ocorrido reacção das utentes ao *stressor*, mas existe um risco acrescido de o fazerem.

A possibilidade de tomar consciência da percepção real, de que para além da preparação física efectuada nos CPN/ P é muito importante trabalhar junto dos utentes a preparação psicológica, pois só assim haverá consciencialização dos reais acontecimentos e situações que se defrontarão durante os estádios do trabalho de parto, internamento e regresso ao domicílio, e assim, uma preparação real para uma experiência positiva de parto e uma paternidade responsável. Assim, é possível os intervenientes tomarem consciência dos *stressores* e como conseguem lidar com eles, referido por Neuman no modelo conceptual.

Durante o ER foi possível dar continuidade ao projecto iniciado no EC I, na área de cuidados de saúde primários, onde foram adquiridas competências na área da PPN/P. No EC I foi possível proporcionar à população, cuja vigilância de gravidez se efectuava na USF, CPN/P e posteriormente ao nascimento acompanhamento na recuperação pós-parto. Foi possível verificar, no bloco de partos, a eficácia da aprendizagem, adquirida pelas utentes ao longo dos CPN/P, contribuindo para a melhoria dos cuidados por mim prestados, pois a percepção contribuiu para conseguir reestruturar o projecto implementado no meu local de trabalho, de forma a dar resposta às necessidades verbalizadas pelas utentes durante o intra-parto. A aprendizagem referida, permitiu a actuação ao nível da prevenção secundária, que, como refere Neuman (TOMEY e ALYGOOD, 2002:337), “reduz o efeito dos *stressores* através do diagnóstico precoce e do tratamento dos sintomas (...)”. A observação dos comportamentos e do percurso de aprendizagem, tornou possível o conhecimento dos

factores que interferem na harmonia do sistema dos indivíduos e como anulá-los, durante o trabalho de parto, através da utilização dos conhecimentos adquiridos ao longo dos CPN/P.

Quando identificados os *stressores* e a influência dos mesmos nas expectativas criadas ao longo da gravidez e nas experiências de parto, foi necessário intervir com estratégias alternativas às utilizadas, como prevenção na ocorrência de sintomas de stress, como é referido na prevenção terciária, no modelo sistémico. Não só a nível hospitalar é necessário actuar neste nível de prevenção, mas também a nível comunitário, como continuidade dos cuidados prestados no hospital. As dificuldades e *stressores* identificados no puerpério, poderão reaparecer no regresso a casa, por isso o trabalho conjunto, e contínuo entre os cuidados de saúde primários/ hospitalares e entre utente/ EESMO, é necessário, para fortalecer a estrutura do sistema individual e prevenir desta forma o reaparecimento da reacção. Mais uma vez é importante referir que a vivência do bloco de partos permitiu a aquisição de conhecimentos, num sentido mais amplo, relativamente à excelência dos cuidados prestados pelos EESMO, principalmente o trabalho que é necessário desenvolver durante a readaptação das mulheres/ RN/ família a esta nova etapa do ciclo familiar.

### 3 – RESULTADOS OBTIDOS

Analisando os resultados obtidos através da revisão da literatura e análise dos comportamentos das mulheres/ conviventes significativos durante o trabalho de parto, que resultou na elaboração de diários de campo como reflexão e momento de aprendizagem, verifico que:

- ✓ A preparação psicológica torna-se mais importante para a preparação dos futuros pais, para uma experiência de parto positiva e parentalidade responsável. Não descorando da preparação física e das estratégias não farmacológicas para controlo da ansiedade e dor, é a aprendizagem das dificuldades que encontrarão na realidade, que ajudarão os futuros pais a desenvolver estratégias para as ultrapassar;
- ✓ As expectativas criadas durante a gravidez e as experiências de parto, estão relacionadas, embora alguns estudos revelem que existe um nível muito baixo e pouco relevante de relação. Uma das expectativas verbalizada pelas mulheres, que participaram no estudo nº 11, realizado por Brown, em 2001, nos EUA, fazia referência à PPN/P as capacitar para

a não utilização de analgesia epidural, pois a preparação realizada permitia que o controlo da ansiedade e dor seria efectuado apenas com estratégias não farmacológicas no alívio da dor. Mas na realidade esse objectivo por vezes não era atingido, provocando sentimentos de frustração em algumas mulheres, como referido no estudo nº5, realizado por Morgado, em 2009, em Portugal e também sentimentos contrários como a aceitação que a utilização de analgesia epidural tinha sido benéfica para a evolução do trabalho de parto e para a experiência positiva de parto, como refere Lally (estudo nº 9), em 2008, no Reino Unido;

- ✓ Os relatos mais importantes relativamente às experiências de parto vividas pelas mulheres/ conviventes significativos estão relacionados com o auto-controlo, utilização da aprendizagem adquirida nos cursos de preparação para o nascimento/ parentalidade, o bem-estar materno-fetal no pós-parto e com o acompanhamento efectuado pelos profissionais de saúde durante os vários estádios do trabalho de parto;
- ✓ A dor, aparentemente um factor importante durante o trabalho de parto, torna-se pouco relevante no pós-parto, segundo os resultados obtidos na RL;
- ✓ Os CPN/P deverão respeitar a cultura da sociedade que se encontra inserido e também as diferentes características culturais existentes na sociedade, derivado ao nosso país ser um destino escolhido por imigrantes de todos os continentes do mundo;
- ✓ O acompanhamento realizado pelos EESMO que prestam cuidados na comunidade, nos cuidados de saúde primários principalmente, deverá proporcionar continuidade dos cuidados prestados durante o internamento hospitalar, pois é no domicílio que surgem as dificuldades nos cuidados ao recém – nascido e no confronto com família/ sociedade.
- ✓ Os cursos deverão ser reestruturados de forma a responder às reais necessidades dos utentes que frequentam estes cursos, de forma a prepará-los para a realidade do bloco de partos e do trabalho de parto;
- ✓ Apesar RL retratar realidades diferentes, em vários países, os resultados encontrados são semelhantes para todas as mulheres e homens que irão ser pais.

Verifico que no final deste percurso de aprendizagem, que o contributo da PPN/P é extremamente importante, mas deverá ser tido em atenção, pelos responsáveis dos

referidos cursos, que a preparação psicológica dos futuros pais é tão importante como a preparação física proporcionada. É a preparação psicológica para o que irá acontecer durante o trabalho de parto e pós-parto, principalmente a preparação para o regresso a casa com o novo estatuto/ estrutura familiar, que facilitará a criação de expectativas reais e consequentemente experiências positivas de parto.

Ao longo do estágio, verifiquei que em algumas situações, o descontrolo na aplicabilidade da aprendizagem nos CPN/P e do resultado esperado, criou sentimentos de desilusão e frustração com o desempenho real durante o trabalho de parto. Mais uma vez, é importante salientar que no pós-parto, a importância atribuída às experiências de parto prendem-se ao autocontrolo, ao acompanhamento proporcionado pelo convivente significativo e pelos profissionais de saúde e ao bem-estar da mulher e recém-nascido.

## 4 – QUESTÕES ÉTICAS

*“Os padrões ético-profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora (NUNES et al, 2005: 17) ”.*

As questões éticas, durante o estágio com relatório, depararam-se com a necessidade de realizar um estudo sobre o “Contributo da PPN/P no Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto”, que surgiu ao longo da minha actividade profissional e percurso académico. Segundo o art.º 80, do CDE (NUNES et al, 2005:83), o enfermeiro assume o dever “de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido” e de “participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados”. Como descrito no art.º 78 do CDE (NUNES et al, 2005:59), o ponto nº 1 refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, pelo que houve sempre a preocupação da estudante se identificar como enfermeira a frequentar o curso de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e que um dos objectivos seria observar os comportamentos das mulheres/ conviventes significativos durante o TP e reflectir sobre os mesmos. Foram considerados, também, os valores universais a observar na relação profissional, descritos no ponto nº 2 do mesmo artigo, como a igualdade, a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em

atenção o bem comum, a verdade e a justiça e a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Os casais foram questionados se consentiam a utilização dos dados pessoais e dos acontecimentos observados no bloco de partos no exercício de reflexão, tendo sido apenas dado consentimento por 3 casais. A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina citada por Nunes et al (2005:110), refere que:

*“qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois de a pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às consequências e riscos. A pessoa em causa poderá, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”.*

Foi garantido o direito à confidencialidade, descrito na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, direito 9 (MINISTÉRIO DA SAÚDE- DGS) e no CDE, artigo nº 85 e nº 86 (NUNES et al, 2005:115):

*“Direito 9 - O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificados que lhe respeitam”.*

*“Art.º 85 - (...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade de cuidados”.*

*“Art.º 86 – respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na vida privada e na da sua família”.*

Para haver aquisição de competências e melhoria dos cuidados prestados é necessário haver aperfeiçoamento profissional, tal como descrito por Nunes et al (2005:66) no ponto 3 do art.º 78º: “o aperfeiçoamento profissional (...) é o caminho da construção de competências”. Estiveram presentes, durante o percurso formativo, os princípios orientadores da actividade dos enfermeiros, descritos por Nunes et al (2005:66), “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício da profissão, em geral, e na relação com outros profissionais”.

## **5 – IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A RL, constituiu um desafio devido à inexperiência de navegação nas bases de dados, muito embora em conjunto com a realização de diários de campo, como reflexão das observações de comportamentos e estratégias utilizadas durante o trabalho de parto, tenha contribuído para conhecer a realidade relativamente ao



trabalho que tem sido desenvolvido e que ainda é necessário desenvolver na área do estudo.

Os avanços efectuados ao longo dos anos na área da PPN/P, têm proporcionado momentos de reflexão que se traduzem em melhoria do acompanhamento e cuidados prestados às mulheres/família/ sociedade, muito embora ainda seja necessário realizar mais trabalhos nesta área, visto a realidade social, laboral e também pessoal apresentar mudanças constantes ao longo dos tempos. As necessidades relatadas pelos resultados da RL, revela que os CPN/P ainda não dão resposta a todas as dificuldades associadas à adaptação à gravidez e parentalidade, pelo que a auscultação dos intervenientes deverá ser uma prioridade dos profissionais que desenvolvem estes projectos. Como refere Benner (2005:57) “à medida que as especialistas documentam os seus actos, será possível avançar nos estudos e desenvolver novos domínios de conhecimentos “.

É importante também referir, que para além da experiência ter sido enriquecedora e com contributo positivo para a minha vida profissional, o facto de ser desenvolvido numa instituição hospitalar, que não abrange a área populacional, onde desenvolvo diariamente a minha actividade profissional, tornou-se uma limitação, visto ser uma realidade organizacional e populacional, com características diferentes à área de influência e referência dos cuidados prestados. Para além destes factores, os conteúdos dos CPN/P, frequentados pelas utentes admitidas na unidade hospitalar, são desconhecidos para mim, traduzindo-se numa limitação para este estudo.

A organização dos CPN/P não poderá ser globalizada para toda a população, devido às características pessoais, sociais e culturais. Existem conteúdos inerentes a todos como toda a temática referente à gravidez, desde o desenvolvimento da mesma, vigilância, legislação, segurança, entre outros. A preparação física e psicológica, através de técnicas referidas no enquadramento teórico terá que ser adaptada consoante a auscultação das necessidades dos grupos abrangidos pela PPN/P. Tal como referido pelas participantes nos estudos obtidos na RL e pela legislação em vigor no nosso país, também se torna importante que o educador responsável pelos CPN/P sejam detentores do título de EESMO, visto a sua formação proporcionar a excelência de cuidados que as Mulheres/ RN/ Família necessitam nesta etapa do ciclo da vida. Os horários, lotação dos grupos, a disponibilidade dos CPN/P à população, o conhecimento integrado das necessidades da mesma são aspectos que deverão estar presentes quando se elabora um plano de formação e actividades desenvolvidas na PPN/P.

O projecto que desenvolvo no meu local de trabalho, na área da PPN/P necessita de ser revisto, pois não responde a todas as necessidades que, as mulheres/conviventes significativos, apresentam durante o internamento no bloco de partos. Necessidades essas que foram observadas durante o ER e que proporcionaram momentos de reflexão sobre a prática desenvolvida actualmente. O facto de o apoio familiar não estar presente, como nas gerações anteriores, exige que o formador dos CPN/P efectue um trabalho direccionado para a capacitação dos futuros pais.

A principal reestruturação do projecto, implementado na Unidade de Saúde onde desempenho funções, está relacionada com os horários, visto ser realizado em horário laboral, impossibilitando muitos utentes de usufruírem da aprendizagem incluída nos referidos cursos. Também os conteúdos leccionados terão que englobar trocas de experiências com grupos de apoio, como contributo para a idealização de expectativas reais e experiências de parto positivas.

A realização de mais estudos nesta área, é um projecto futuro na minha área de formação profissional e académica, pois só desta forma é possível, através da divulgação dos trabalhos realizados, dar maior visibilidade do trabalho desenvolvido, especialmente nesta área.

## 6 – CONCLUSÃO

Diariamente somos confrontados com a análise das intervenções realizadas, dos cuidados prestados à nossa população e de que forma podemos melhorá-los. Mas embora esse exercício seja efectuado, a prática seja alterada de acordo com os problemas detectados, nem sempre existe um trabalho de investigação, por base, que proporcione desenvolvimento para a prática de enfermagem.

Assim, compete aos EESMO reunir esforços para uma maior visibilidade da nossa arte de cuidar. Para tal necessitamos trabalhar mais na área de investigação para contribuir para a excelência dos cuidados prestados.

A prática baseada na evidência começa agora a ser utilizada pelos enfermeiros para avaliar de forma eficaz se os indicadores de saúde estão a ser atingidos em benefício dos utentes, em vez de causar prejuízo com as más práticas dos profissionais de saúde. Como nos refere Craig & Smyth (2004:7) “quando não há uma base sólida de evidência, o carácter da prática baseada na evidência deve, pelo menos, levar-nos a parar para reflectir sobre o impacto do que estamos a fazer em nome da saúde e o porquê”.

A utilização da revisão da literatura, foi enriquecedora para o crescimento académico ao longo da elaboração deste relatório de estágio. Apesar de ter sido um desafio, visto ser uma novidade a sua utilização, os conhecimentos adquiridos com a sua utilização, foram determinantes para conhecer o trabalho desenvolvido na área da PPN/P e para o desenvolvimento das competências no acompanhamento das mulheres durante o trabalho de parto (principalmente), mas também ao longo de toda a gravidez e puerpério. Também a elaboração de diários de campo (e respectiva análise de conteúdo), foram determinantes para complementar os resultados obtidos através da RL.

A necessidade de conhecer o contributo dos CPN/P, nasceu ao longo da prestação diária de cuidados às mulheres/ conviventes significativos/ RN/ família durante a vigilância da gravidez e puerpério. As competências adquiridas ao longo do da UC - ER e ao longo de todo o percurso académico do CMESMO, principalmente na área da PPN/P, permitir-me-ão, de futuro, desenvolver projectos direccionados às necessidades reais das utentes, promovendo assim uma experiência de parto positiva e uma parentalidade responsável. Considero que os objectivos inicialmente propostos, para o desenvolvimento de competências, foram atingidos no término da unidade curricular, tendo repercussão na prestação de cuidados especializados às utentes, permitindo assim passar do nível de enfermeira iniciada para o nível de competente, como descrito por Benner (2005:49).

As principais conclusões deste estudo estão relacionadas com importância atribuída pelas mulheres ao acompanhamento pelos conviventes significativos durante o trabalho de parto. O contributo dos CPN/P foi importante no autocontrolo e na correcta utilização das estratégias não farmacológicas.

Foi também determinante perceber, através dos resultados obtidos, que o acompanhamento dos EESMO, quer na vigilância como na preparação física e psicológica das mulheres/ conviventes significativos, contribuem para uma experiência de parto positiva e parentalidade responsável. O referido acompanhamento, é sublinhado pelos participantes dos estudos consultados, que deverá ter maior em conta que as dificuldades começam com a alta hospitalar, onde o acompanhamento deixa de ser durante 24 horas e onde a “nova família” é confrontada com o novo estatuto perante a sociedade e a própria família.

O modelo de sistemas de Betty Neuman foi escolhido como quadro de referência para o desenvolvimento das competências específicas aos EESMO, propostas no projecto do ER, visto ser um modelo que considera ser humano como centro das referências conceptuais, adaptando-se assim às várias áreas de prestação de cuidados. O conhecimento da versatilidade deste modelo (nas várias áreas de actuação) e a aquisição de competências durante a UC, permitir-me-ão actuar a nível da prevenção primária e secundária, mais especificamente na PPN/P, de forma a reforçar a linha de defesa, das mulheres/ conviventes significativos, perante o confronto com os *stressores*. É necessário efectuar um trabalho abrangente, capacitando as utentes a identificar os estímulos produtores de tensão, relacionados com o trabalho de parto e parentalidade, de forma a reduzir o efeito dos *stressores*, nesses períodos, visto serem os principais responsáveis pelo compromisso da estabilidade entre o cliente e o sistema.

Os EESMO são os educadores com competências para proporcionar essa experiência à população, como é referido no RCEEEESMOG da OE “H2.1.7 – concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”.

O CPN/P, que está implementado no meu local de trabalho será reestruturado de forma a se adequar melhor às necessidades das mulheres/ família, principalmente no que respeita a horários e trocas de experiências enriquecedoras para experiência de parto positiva e parentalidade responsável. A preparação física e psicológica, manter-se-á importante, como até agora, mas com uma maior preocupação no acompanhamento psicológico no pré e pós-parto. A visitação domiciliária, nos cuidados de saúde primários, permite continuidade dos cuidados especializados iniciados a nível hospitalar.











Embora existam vários estudos na área de preparação para o nascimento/ parentalidade ainda existem algumas áreas que necessitam de ser estudadas, exigem novas reflexões, novas questões de forma a proporcionar continuidade do trabalho já realizado, como referido por Velho et al (2009:658) “(...) ainda existem lacunas de conhecimento acerca desta temática, exigindo novas discussões, reflexões e publicações que venham dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido”.

Pretendo com o crescimento académico, profissional e académico, proporcionado pela aquisição de competências, realizada ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstetrícia, contribuir com mais estudos de investigação, na área da PPN/P, e com a divulgação dos mesmos, permitindo assim uma maior visibilidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, principalmente os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ALMEIDA, M. Elisa G. G. – **Quando dois se tornam três: reflexões acerca da formação de uma nova família a partir do impacto do nascimento do primeiro filho**. Rio de Janeiro: Unidade Católica do Rio de Janeiro, 2005. Monografia disponível em:  
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0060.pdf> acedido a 01/02/2011
- 📖 AYERS, S; PICKERING, A.D (2000) – **Women's expectations and experience of birth**. Psychology and Health. Vol. 20, Nº 1 (Fevereiro 2005). ISSN 0887-0446. 79-92;
- 📖 BARDIN (1979) – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- 📖 BEEBE, Kathleen R; LEE, Kathryn A; CARRIERI-KOLHLMAN, Virginia; HUMPHREYS, Janice (2007) – **The Effects of Childbirth Self-Efficacy and Anxiety During Pregnancy on Prehospitalization Labor**. JOGNN CLINICAL RESEARCH. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Vol. 36, Nº 5 (Setembro/ Outubro 2007). 410-418;
- 📖 BENNER, Patrícia (2005) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5
- 📖 BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994) – **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. 1ª Edição. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34112-2
- 📖 BERGSTRÖM, M; KIELER, H; WALDENSTRÖM (2009) – **Effects of natural childbirth preparation versus standart antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial**. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1167-1176
- 📖 BROWN, S.T; DOUGLAS, C; FLOOD, L.P (2001) – **Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor**. Journal of Perinatal Education. Vol. 10, Nº 3 (Dezembro 2009). ISSN 1058-1243. 1-8;

-  BURROUGHS, Arlene (1995) – **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-059-5
-  CARVALHO, Amândio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4
-  CHALIFOUR, Jacques (2008) – **A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Volume 1. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5
-  CONSONNI, Elenice B; CALDERON, Iracema M.P; CONSONNI, Marcos; Conti, Marta H.S; PREVEDEL, Tânia; RUDGE, Marilza V.C (2010) – **A Multidisciplinary program f preperation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes**. Journal Reproductive Health Vol. 7, Nº 28 (2010) disponível em:  
[www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/28](http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/28);
-  COUTO, Germano (2003) – **Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-63-0
-  CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4
-  CHRISTIAENS, Wendy; VERHAEGHE, Mieke; BRACKE, Piet (2008) – **Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care**. Journal of Reproductive and Infant Psycology. Vol. 26, Nº 4 (Novembro 2008). ISSN 0264-6838;
-  ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Acessível na ESEL
-  ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Estágio com Relatório** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: Acessível na ESEL,
-  FORTIN, Marie-Fabienne (1996) – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

- 📖 FRADE, S; GOUVEIA, I; PEREIRA, S.(2010) – **Preparação para o Nascimento versus Capacitação dos Pais para Cuidar do Recém-Nascido ao nível da Amamentação**. Lisboa: ESEL. Projecto de Investigação
- 📖 GAUTHIER, Benôit (2003) – **Investigação Social: Da Problemática à Colheita de Dados**. 3ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-55-X
- 📖 GOODMAN, Petra; MACKEY, Marlene C; TAVAKOLI, Abbas S. (2003) – **Factors related to childbirth satisfaction**. Journal of Advanced Nursing. Vol. 46, Nº 2 (Outubro 2003). 212-219;
- 📖 HERNANDEZ, José A.E; HUTZ, Cláudio S. – **Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional**. Porto Alegre. Psico, volume 40, nº 4 (Out/Nov 2009) p.414-421 disponível em:  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490>  
[acedido a 01/02/2011](#)
- 📖 HO, Irene; HOLROYD, Eleanor (2001) – **Chinese women's perception of effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood**. Journal of Advanced Nursing. Vol. 38, Nº 1 (Janeiro 2002). 74-85;
- 📖 INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (1999) – **International Code of Ethics for Midwives**. Board of Management.  
  
Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org) acedido a 18/8/2011
- 📖 KAO, Bi-Chin; GAU, Meei-Ling; Wu, Shian-Feng; KUO, Bih-Jaw; LEE, Tsorng-Yeh (2003) – **A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations**. Journal of Nursing Research. Vol.12, Nº 3 (2004);
- 📖 KOEHN, Mary (2008) – **Contemporary Women's Perception of Childbirth Education**. Journal of Perinatal Education. Vol. 17, Nº 1 (Inverno 2008);
- 📖 LALLY, Joanne E; MURTAGH, Madelaine J; MACPHAIL, Sheila; THOMSON, Richard (2008) – **more in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labor**. BMC Medicine Central (Março 2004) disponível em:  
[www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7](http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7) ;



- LEAL, Isabel – **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. 2005. ISBN 972-754-235-2
- Lei nº 9/2009. **D.R 1ª Série**. Nº 44 (04/03/2009) 1478
- LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- MALDONADO, M.<sup>a</sup> Tereza P. (1986) – **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 8ª Edição. Petrópolis: Vozes
- MORGADO, Carla M.L; PACHECO, Carla O.C; BELÉM, Cília M.S; NOGUEIRA, M.<sup>a</sup> Fátima C. (2009) – **Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo**. Revista Referência. II Série, Nº 12 (Março de 2010)
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**.
- Disponível:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/documentos/legislacaoee/regulamentocomSaudeMaternaObstGinecologia\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/documentos/legislacaoee/regulamentocomSaudeMaternaObstGinecologia_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- PACHECO, A; FIGUEIREDO, B; COSTA, R; PAIS, A. (2005) – **Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez**. Revista Portuguesa Psicossomática. Porto. ISSN 0874-4696. Vol. 7, Nº 1/2 (Janeiro/Dezembro). 7-41
- POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T; HUNGLER, Bernadette P (2001) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. 5ª Edição. Porto Alegre: ARTEMED. ISBN 0-7817-2557-7
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- 📖 REIS, Felipa L. (2010) – **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado**. Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-000-4
- 📖 SILVA, Mário (2008) – **O Ser Humano e a adesão ao regime terapêutico, um olhar sistémico sobre o fenómeno**. Lisboa. Universidade Católica - Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem
- 📖 RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – **Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-52-2
- 📖 TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6
- 📖 VELHO, Manuela; OLIVEIRA, M.<sup>a</sup> Emilia; SANTOS, Evanguelia K.A. (2009) – **Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente**”. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn. Vol. 63, N<sup>o</sup>4 (Julho/Agosto 2010).

### **REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS**

- 📖 <http://www.hppcascais.pt/pt/Paginas/Noticias.aspx> acedido a 16/05/2011
- 📖 <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt> acedido a 22/05/2011
- 📖 <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx> acedido a 27/01/2011
- 📖 <http://pensamentos.com.sapo.pt/sabedoria.htm> acedido a 21/05/2011

## **APENDICES e ANEXOS**

## **APÊNDICES**

## **APENDICE I**

### **Quadro de Caracterização dos Estudos Encontrados através da RL**

Art. Nº	Autor	Título	Ano	Palavras-Chave	Objectivos	Tipo de Estudo	Local	População	Critérios de Inclusão	Principais Resultados
1	Bi-Chin Kao et al	Comparative Study of Expectant Parent' Childbirth Expectations	2004	Expectant parents, Childbirth expectations	Perceber as diferentes expectativas relativamente à preparação para o nascimento/ parentalidade em casais grávidos	Estudo quantitativo  (questionário aplicado em 2 hospitais)	Taiwan	200 Casais	- 36 Semanas de gestação  Idades superiores a 18 anos;  - Sem complicações na gravidez  Consentiment o de participação no estudo.	1) Foram identificados 5 factores pelos casais: ambiente acolhedor, expectativas relativamente à dor do parto, a presença do companheiro/ convivente significativo, participação e controlo durante o trabalho de parto e acompanhamento da equipa de enfermagem e médica;  2) As principais diferenças identificadas foram entre os pais e as mães;  3) Os pais de classes sociais económicas mais elevadas e que frequentaram cursos de preparação para o nascimento/ parentalidade tinham expectativas mais elevadas do que as mães das diferentes classes sociais;
2	Elenice B. Consonni et al	Multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes	2010	Anxiety, Childbirth expectations	Estudar a ansiedade e as expectativas em mulheres grávidas que participam em cursos de preparação para o nascimento/ parentalidade	Estudo qualitativo  (10 encontros)	Brasil	67 Nulíparas divididas em 2 grupos: 1 com 38 participantes em cursos de preparação para o nascimento/ parentalidade e 29 que não frequentaram os referidos cursos	- Nulíparas com idade gestacional entre as 18 e 38 semanas.	1) A ansiedade inicial era equivalente em ambos os grupos;  2) Os cursos de preparação para o nascimento/ parentalidade estão nas futuras parturientes o associados a uma diminuição dos níveis de ansiedade  3) Os cursos também estão associados a uma maior percentagem de partos eutócicos e diminuição do tempo de internamento dos recém-nascidos.
3	Wendy Christiaens	Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care	2008	Childbirth, expectations, experiences and models of care	Perceber se a prática baseada em diferentes modelos de cuidar geram diferentes padrões de expectativas e experiências	Estudo quantitativo  Estudo comparativo  (aplicados 2 questionários, em hospitais Belgas e Holandeses e também em casas de parto. 1 questionário é aplicado às 30 semanas de gestação e o outro nas 2 1 <sup>as</sup> semanas do pós-parto, em casa ou no hospital)	Bélgica	611 Mulheres	- Mulheres com idade gestacional = a 30 semanas;  - As mesmas mulheres, nas 1 <sup>as</sup> 2 semanas do puerpério.	1) Os principais resultados demonstraram que as experiências e expectativas divergiam;  2) As mulheres holandesas têm mais expectativas e experiências negativas comparativamente às Belgas;  1) As mulheres cujo parto foi no domicílio, apresentaram um ligeiro aumento positivo das expectativas comparativamente às que pariram no hospital. Estas últimas têm experiências mais positivas.
4	Irene Ho and Eleanor Holroyd	Chinese women's perception of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood	2001	Antenatal education  Motherhood  Hong Kong  Maternal role transition  Midwifery	Perceber a eficácia da educação antenatal na preparação para a maternidade	Estudo misto, exploratório e descritivo  (1 <sup>a</sup> fase: guia de observação. 2 <sup>a</sup> fase: entrevista semi-	China	1 <sup>a</sup> Fase: Participantes em cursos de preparação para o nascimento/ parentalidade, no total de 5 aulas;	- Grávidas que assistiram no mínimo a 4 das 5 aulas do curso de preparação para o nascimento/ parentalidade	1) Os cursos com um grande nº de participantes inibem a aprendizagem;  2) Apesar de revelarem satisfação face ao horário, duração, periodicidade, conteúdos dos cursos,

						estruturada)		2ª Fase: 11 grávidas que frequentaram esses cursos	; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentimento de participação no estudo;</li> <li>- Idade gestacional entre as 38 e 42 semanas;</li> <li>- Sem complicações neonatais no pós-parto com a exceção da icterícia fisiológica.</li> </ul>	também revelaram que não se encontravam preparadas para a exigência deste novo papel, principalmente nos temas relacionados com a amamentação cuidados ao recém-nascido;  3) Também referiram que existia divergências entre a informação fornecida pelos diferentes educadores, informação incompleta, informação irrealista relativamente à amamentação  4) As principais conclusões incidiram na reestruturação dos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade de forma a responder às reais necessidades e características da população.
5	Carla M. L. Morgado et al	O efeito da variável "preparação para o parto" na antecipação do parto pela grávida	2009	Maternidade Gravidez	<p>Analisar a "antecipação da experiência de parto" das grávidas</p> <p>Comparar o efeito da variável "preparação para o parto" na "antecipação da experiência de parto" dessas grávidas</p>	Estudo descritivo-correlacional (Questionário)	Portugal	<p>69 Grávidas primíparas com o mínimo de 26 semanas de gestação que recorrem aos serviços de Consulta externa de obstetria e núcleo de partos do Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira)</p> <p>Divididas em 2 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 com participantes em cursos de preparação para o nascimento/parentalidade</li> <li>- outro de não participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grávidas primíparas;</li> <li>- Frequência ou não em cursos de preparação para o nascimento/parentalidade;</li> <li>- Mínimo de 26 semanas de gestação</li> <li>- Período de tempo entre 11/4 e 6/6/2008.</li> </ul>	<p>1) As grávidas que frequentaram no mínimo a 4 sessões de preparação para o parto, apresentam um melhor planeamento e preparação para o parto;</p> <p>2) As mesmas esperam sentir menos dor durante o parto, possuem mais conhecimentos sobre analgesia epidural, treinam mais métodos de respiração e relaxamento, esperam demorar menos tempo a tocar no bebé e preparam o enxoval antes das grávidas que não realizam preparação para o parto.</p>
6	Mary Koehn	Contemporary Women's Perceptions of Childbirth Education	2008	Childbirth Education Pregnancy Childbirth Grounded theory Qualitative Research	<p>Analisar a capacitação adquirida pelas grávidas relativamente à preparação para a maternidade, quando participam em cursos de preparação para o nascimento/parentalidade</p>	<p>Teoria Fundamental</p> <p>Estudo qualitativo (entrevistas gravadas em áudio)</p>	EUA	-9 Grávidas	<p>-22 e 37 anos de idade;</p> <p>-1ª Vez que participam em cursos de preparação para o nascimento/parentalidade.</p>	<p>Os principais pontos fortes deste estudo resumem-se ao desafio de preparar as mulheres para o parto e maternidade no geral e não só as que frequentam os cursos de preparação para o nascimento/parentalidade.</p> <p>O presente estudo revelou que as mulheres que tinham uma determinada ideia relacionada com o parto, desenvolveram estratégias para a capacitação e aplicação das mesmas durante o trabalho de parto.</p>
7	M. Bergström et al	Effects of natural childbirth preparation versus standard	2009	Antenatal education Childbirth	Analisar os resultados da preparação para o nascimento/	Estudo aleatório Quantitativo	Suécia	1087 Nulíparas 1064	- 1 Grupo (natural group) a frequentar	Verificou-se que o método natural não diminuiu o recurso a analgesia epidural,

		antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial		experience Parenthood Pregnancy Psychoprophylaxis	parentalidade para um parto natural, comparando o método psicoprofilático e o método tradicional com uso de analgesia epidural, na experiência de parto e stress parental (em casais pais pela 1ª vez)	(utilização de 2 questionários: 1 para avaliar a experiência de parto e outro para avaliar o stress parental)		Conviventes significativos	<p>cursos de preparação para o nascimento segundo o método psicoprofilático com aprendizagem de técnicas de respiração e relaxamento apenas;</p> <p>- 1 Grupo (Standard group) a frequentar cursos de preparação para o nascimento/parentalidade utilizando também o método psicoprofilático standard.</p>	nem alterou a experiência de parto nem o stress parental comparativamente ao método standard
8	Petra Goodman et al.	Factors related to childbirth satisfaction	2003	Childbirth satisfaction  Personal control  Nurse  Midwife	Analisar os principais factores associados à satisfação relacionada com o nascimento e a experiência de parto	Estudo descritivo-correlacional (questionário)	EUA	60 grávidas com gravidez de baixo risco	<p>- Idades compreendidas entre os 18-46 anos;</p> <p>- Parto via vaginal;</p> <p>- Recém-nascidos saudáveis</p>	<p>1) O controlo pessoal durante o nascimento foi o factor mais importante relatado na satisfação da mulher que viveu a experiência do nascimento.</p> <p>2) Ajudar as mulheres potenciar o seu autocontrolo durante o trabalho de parto poderá aumentar o grau de satisfação das mesmas.</p>
9	Joanne E. Lally et al.	More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour	2008	Level and type of pain  Pain relief  Involvement in decision-making and control	Analisar as expectativas e experiências das mulheres, relativamente ao alívio da dor durante o trabalho de parto e também o seu envolvimento na tomada de decisão	Revisão sistemática da literatura	Reino Unido	_____	_____	<p>1) As mulheres esperam optar por um parto sem recorrerem a métodos para alívio da dor, mas muitas descobrem que precisam deles e que para além do mais beneficiam com os mesmos. Isto é uma conclusão entre o desejo de recorrerem a medicação para alívio da dor e as expectativas de que precisam de algo para alívio da dor;</p> <p>2) Expectativas irreais e imprecisas acerca da dor significam que as mulheres não estão preparadas para o trabalho de parto;</p> <p>3) As mulheres esperam ter controlo no trabalho de parto, de várias formas, mas o que referem é que a realidade não corresponde a essas expectativas.</p>
10	Kathleen R. Beebe et al.	The Effects of childbirth self-Efficacy and anxiety during Pregnancy on Prehospitalization Labor	2007	Anxiety Childbirth Environment Labor Nulipara  Pain Self-efficacy	<p>Descrever níveis de ansiedade e controlo durante o nascimento em nulíparas durante o 3º trimestre da gravidez</p> <p>Identificar a relação entre as variáveis dor durante o trabalho de parto na pré-hospitalização, gestão de estratégias e status na admissão hospitalar</p>	Estudo longitudinal, descritivo (questionário e entrevistas no pós-parto)	EUA	35 Nulíparas	<p>- Nulíparas;</p> <p>- Falem inglês</p> <p>- Idades entre os 18 e 40 anos;</p> <p>- Idade gestacional ≥ 38 semanas;</p> <p>- Gravidez de baixo risco;</p> <p>- Participaram em cursos de preparação para o nascimento;</p> <p>- Com convivente significativo</p>	<p>1) As características do pré-parto influenciam as respostas durante o intra-parto. O envolvimento no trabalho de parto, em casa ou no hospital, é reconhecido como uma componente importante na 1ª experiência de parto;</p> <p>2) A ansiedade pré-natal foi relacionada com o autocontrolo no final da gravidez, com a dor durante o trabalho de parto, com o nº de horas de trabalho de parto em casa e com a cervicometria no momento da</p>





## **APENDICE II**

### **Guião para elaboração dos diários de campo**

## GUIÃO PARA A ELABORAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO

Data:

Observador:

Hora:

Local:

### PARTE DESCRITIVA

- 1) Retratos dos sujeitos
- 2) Reconstruções dos diálogos
- 3) Descrição do espaço físico
- 4) Relatos de acontecimentos particulares
- 5) Descrição de actividades
- 6) O comportamento do Observador

#### Comentários do Observador

### PARTE REFLEXIVA

- 1) Reflexão sobre a análise
- 2) Reflexões sobre o método
- 3) Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos
- 4) Reflexões sobre o ponto de vista do observador
- 5) Pontos de clarificação

#### Bibliografia para elaboração deste guião:

📖 BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994) – Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. 1ª Edição. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34112-2 (páginas consultadas 150-171)

📖 GAUTHIER, Benôit (2003) – Investigação Social: Da Problemática à Colheita de Dados. 3ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-55-X (páginas consultadas 257-277)

📖 POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T; HUNGLER, Bernadette P (2001) – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ª Edição. Porto Alegre: ARTEMED. ISBN 0-7817-2557-7

### **APENDICE III**

#### **Grelha de análise dos diários de campo**

GRELHA DE ANÁLISE DOS DIÁRIOS DE CAMPO										
IDENTIFICAÇÃO:										
Idade:				Antecedentes Obstétricos:						
Índice Obstétrico:				Acompanhamento durante o TP e Parto:						
Idade Gestacional:				Convivente significativo (grau de parentesco):						
Complicações na gravidez:										
PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE:										
	Sim		Não							
Frequentou curso?					Início do curso _____ semanas					
Com convivente significativo?					Término do curso _____ semanas					
					Local:					
EXPECTATIVAS/PLANOS PARA O PARTO:										
	Sim		Não				Sim		Não	
Parto natural					Administração de terapêutica EV					
Parto eutóxico					Analgesia Epidural					
Parto distóxico					Preferência de posicionamento (posição de parto)					
Indiferente										
ADMISSÃO NO BLOCO DE PARTOS:										
Estádio do trabalho de parto:					Bolsa de águas:					
Cervicometria:					CTG:					
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DURANTE O TP E PARTO:										
Não farmacológicas					Farmacológicas					
	Sim		Não				Sim		Não	
Técnicas respiratórias					Analgesia endovenosa					
Relaxamento										
Deambulação					Analgesia epidural					
Bola de Pilates										
Hidroterapia					Anestesia local					
Musicoterapia										
OBS:					OBS:					
RESULTADOS OBSERVADOS DA UTILIZAÇÃO DESTAS ESTRATÉGIAS:										
	Sim		Não				Sim		Não	
Utilização adequada					Melhoria no controlo da ansiedade e dor					
Utilização inadequada					Participação activa do convivente significativo					
SENTIMENTOS VERBALIZADOS RELATIVAMENTE AO CONTRIBUTO DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE, NO PUERPÉRIO IMEDIATO, PELA PUÉRPERA E CONVIVENTE SIGNIFICATIVO:										
Controlo da ansiedade		Contribuição positiva				Redução do tempo do TP e parto		Indiferente		
Controlo da dor		Contribuição negativa				Insatisfeita com os resultados		Desilusão		

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA		
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Proporcionar Ambiente Seguro e Tranquilo		
Realizar Anamnese		
Proporciona Presença de Convivente Significativo		
Consulta Frequência de Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade		
Consulta Plano de Parto		
Proporciona Medidas de Conforto		
Proporciona Apoio Emocional e Psicológico		
Implementa Medidas Não Farmacológicas para o Controle da Ansiedade e Dor	Técnicas Respiratórias	
	Relaxamento	
	Deambulação	
	Bola de Pilates	
	Hidroterapia	
	Musicoterapia	
	Outros	
Informa e Proporciona Medidas Farmacológicas de Alívio da Dor		
OBS:		
DIAGNOSTICAR E PREVENIR COMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER E RECÉM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Monitoriza Bem-Estar Materno e Fetal durante o Trabalho de Parto	CTG	
	Estrutura Pélvica	
	Cervicometria	
	Apresentação Fetal	
	Integridade da Bolsa de Águas	
Monitoriza Estádio e Progressão do Trabalho de Parto	Estádio	
	Duração	
Monitoriza Risco Materno-Fetal e Desvios do Padrão Normal durante a Evolução do Trabalho de Parto		
Identifica e Referencia Desvios do Padrão Normal da Evolução do Trabalho de Parto a outros profissionais		
Executa Parto de Apresentação Cefálica	Dequitação	
	Integridade do Canal de Parto	
	Técnicas de Reparação do Canal de Parto	
Promove a Vinculação Precoce entre a Diade/Tríade		
Presta Cuidados imediatos ao Recém-Nascido		
Identifica e Referencia alterações funcionais e morfológicas no Recém-Nascido		
Coopera com outros profissionais nos cuidados ao Recém-Nascido com alterações funcionais e morfológicas		
OBS:		
PROVIDENCIA CUIDADOS NO 4º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO À MULHER/RN/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO		
Promove a Vinculação Precoce entre a Diade/Tríade		
Promove o Aleitamento Materno		
Proporciona Medidas de Conforto e de Controle da Dor		
Monitoriza e Referencia Desvios do Padrão Normal neste Estádio na Mulher e Recém-Nascido		
Coopera com outros profissionais nos cuidados à Mulher e Recém-Nascido com alterações no 4º Estádio		
OBS:		

## **APENDICE IV**

### **Diários de campo realizados**

GRELHA DE ANÁLISE DOS DIÁRIOS DE CAMPO I							
IDENTIFICAÇÃO							
Idade: 27 anos			Antecedentes Obstétricos: Nega				
Índice Obstétrico: 0000			Acompanhamento durante o TP e Parto: Sim				
Idade Gestacional: 39s+6d			Convivente significativo (grau de parentesco): Marido				
Complicações na gravidez: Nega							
PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE							
	Sim	Não					
Frequentou curso?	X		Início do curso: 28 semanas				
Com convivente significativo?	X		Término do curso: 36 semanas				
			Local: Instituição Particular em Sintra – Leccionado por Fisioterapeuta				
EXPECTATIVAS/PLANOS PARA O PARTO							
	Sim	Não		Sim	Não		
Parto natural	X		Administração de terapêutica EV	X			
Parto eutócico	X		Analgesia Epidural	X			
Parto distócico		X	Preferência de posicionamento (posição de parto)		X		
Indiferente		X					
ADMISSÃO NO BLOCO DE PARTOS							
Estádio do trabalho de parto: 1º Estádio TP			Bolsa de águas: BAR – Líquido Claro				
Cervicometria: Colo com 1 cm de trajecto, permeável a 1 dedo			CTG: Tranquilizador, sem registo de dinâmica uterina				
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DURANTE O TP E PARTO							
Não farmacológicas			Farmacológicas				
	Sim	Não		Sim	Não		
Técnicas respiratórias	X		Analgesia endovenosa	X			
Relaxamento	X						
Deambulação	X		Analgesia epidural	X			
Bola de Pilates	X						
Hidroterapia	X		Anestesia local		X		
Musicoterapia	X						
OBS: A bola de Pilates utilizada pertencia à utente			OBS: -----				
RESULTADOS OBSERVADOS DA UTILIZAÇÃO DESTAS ESTRATÉGIAS							
	Sim	Não		Sim	Não		
Utilização adequada	X		Melhoria no controlo da ansiedade e dor		X		
Utilização inadequada	X		Participação activa do convivente significativo	X			
Obs: Devido ao TP longo, por momentos houve utilização inadequada das estratégias de controlo da dor			Obs:-----				
SENTIMENTOS VERBALIZADOS RELATIVAMENTE AO CONTRIBUTO DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE, NO PUERPÉRIO IMEDIATO, PELA PUÉRPERA E CONVIVENTE SIGNIFICATIVO							
Controlo da ansiedade		Contribuição positiva		Redução do tempo do TP e parto		Indiferente	X
Controlo da dor		Contribuição negativa		Insatisfeita com os resultados	X	Desilusão	X



COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA I		
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Proporcionar Ambiente Seguro e Tranquilo	Sim	
Realizar Anamnese	Sim	
Proporciona Presença de Convivente Significativo	Sim	
Consulta Frequência de Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade (CPN/P)	Sim. Frequentou CPN/P, com o marido numa instituição em Sintra leccionado por Fisioterapeuta	
Consulta Plano de Parto	Não. Não existia	
Proporciona Medidas de Conforto	Sim.	
Proporciona Apoio Emocional e Psicológico	Sim	
Implementa Medidas Não Farmacológicas para o Controlo da Ansiedade e Dor	Técnicas Respiratórias	Sim
	Relaxamento	Sim
	Deambulação	Sim
	Bola de Pilates	Sim
	Hidroterapia	Sim
	Musicoterapia	Sim
	Outros	Massagem
Informa e Proporciona Medidas Farmacológicas de Alívio da Dor	Sim, informação acerca da analgesia epidural. A utente/convivente significativo demonstraram conhecimentos correctos relativamente a esta técnica.	
OBS: -----		
DIAGNOSTICAR E PREVENIR COMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER E RECÉM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Monitoriza Bem-Estar Materno e Fetal durante o Trabalho de Parto	CTG: tranquilizador, sem registo de dinâmica uterina	
	Estrutura Pélvica: compatível com bacia ginecoide	
	Cervicometria: colo com 1 cm de trajecto, permeável a 1 dedo	
	Apresentação Fetal: cefálica	
	Integridade da Bolsa de Águas: rota desde as 12h do dia 9/2/11	
Monitoriza Estádio e Progressão do Trabalho de Parto	Estádio: 1º estágio	
	Duração: trabalho de parto > a 24 horas	
Monitoriza Risco Materno-Fetal e Desvios do Padrão Normal durante a Evolução do Trabalho de Parto	Sim apenas nas 1ªs 2 horas após a admissão, durante o 1º estágio do TP	
Identifica e Referencia Desvios do Padrão Normal da Evolução do Trabalho de Parto a outros profissionais	Não	
Executa Parto de Apresentação Cefálica	Dequitação	-----
	Integridade do Canal de Parto	-----
	Técnicas de Reparação do Canal de Parto	-----
Promove a Vinculação Precoce entre a Díade/Tríade	Não, visto o parto ter sido realizado pela equipa médica, num turno que a estudante não estava presente	
Presta Cuidados imediatos ao Recém-Nascido	Não	
Identifica e Referencia alterações funcionais e morfológicas no Recém-Nascido	Não	
Coopera com outros profissionais nos cuidados ao Recém-Nascido com alterações funcionais e morfológicas	Não	
OBS: O acompanhamento realizado à utente/convivente significativo foi apenas durante aproximadamente 2 horas no 1º estágio no dia 9/2/10, durante a admissão no turno da manhã, e cerca de 1 hora no 4º estágio no dia seguinte, no turno da tarde, sem prestação directa de cuidados, apenas numa conversa informal. O trabalho de parto foi longo, terminou em parto distócico (ventosa+fórceps), pelo que não correspondeu às expectativas iniciais da utente/convivente significativo.		
PROVIDENCIA CUIDADOS NO 4º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO À MULHER/RN/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO		
Promove a Vinculação Precoce entre a Díade/Tríade	Não	
Promove o Aleitamento Materno	Não	
Proporciona Medidas de Conforto e de Controlo da Dor	Não	
Monitoriza e Referencia Desvios do Padrão Normal neste Estádio na Mulher e Recém-Nascido	Não	
Coopera com outros profissionais nos cuidados à Mulher e Recém-Nascido com alterações no 4º Estádio	Não	
OBS:-----		

DIÁRIO DE CAMPO I	
<b>Data de elaboração do diário:</b> 09/02/2011 <b>Data da Observação:</b> 09/02/2011 <b>Hora:</b> 8h00 às 16h30	<b>Observador:</b> AESMO Susana Frade <b>Local:</b> HPP Cascais – Bloco de Partos
PARTE DESCRITIVA	
Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>No dia 9 de Fevereiro de 2011, foi admitida no bloco de partos, do Hospital Dr. José de Almeida, uma utente grávida de 39 semanas e 6 dias de gestação, com 27 anos de idade, com o diagnóstico de ruptura prematura das membranas amnióticas às 12 h do mesmo dia.</p> <p>A Sr.ª S tinha uma aparência muito jovem, inferior à idade referida anteriormente, de estatura baixa (1, 57 cm), com cabelos longos de cor castanha clara, olhos castanhos, e um sorriso como característica principal do seu rosto, transmitiam tranquilidade relativamente à evolução da sua situação.</p> <p>A admissão foi efectuada na sala 7, do referido serviço, pela AESMO Susana Frade, às 14h30. De forma a estabelecer uma relação terapêutica e empática, a estudante apresentou-se, fez uma breve apresentação do espaço físico e dos procedimentos que iriam ser efectuados. Foi fornecida á utente uma toalha, camisa de dormir e chinelos, para na casa de banho trocar as suas roupas pelas fornecidas pela instituição. Foi referido que podia tomar um duche, se fosse esse o seu desejo, antes de efectuar a troca de roupa, de forma a proporcionar um momento de descontração e relaxamento. Como protocolo existente no serviço foram também fornecidos 2 microclisteres de citrato de sódio, e efectuada a respectiva educação para a saúde relativamente à sua aplicação, promovendo a autonomia e privacidade da utente.</p> <p>A sala 7 é um local espaçoso, sem acesso directo ao exterior, a única janela existente encontra-se em frente à porta principal da sala, com visualização para um corredor interno. A luz existente é apenas artificial, através das lâmpadas situadas no tecto e na cabeceira da cama e de um "Pantoff" fixado no tecto também. Em frente também está situada a cama de partos, à direita o monitor de cardiotocografia e à esquerda a unidade de admissão ao recém-nascido. Ao lado desta unidade, encontra-se uma porta de acesso a uma arrecadação, onde se encontra vários materiais de apoio. Na continuidade dessa parede está uma mesa de apoio para cuidados ao recém-nascido (RN) e um lavatório, com características de banheira, para dar banho aos RN que necessitarem desses cuidados imediatos após o nascimento. Por baixo desse lavatório estão armazenados roupas de cama, roupas para as utentes e material esterilizado utilizado no parto. Junto ao monitor de cardiotocografia está a porta da casa de banho. A uns metros da porta da casa de banho está um lavatório e logo de seguida um carro com medicação e todo o material necessário para os procedimentos efectuados ao longo do internamento. Na mesma sala existe também um banco e uma mesa de apoio para o parto.</p> <p>Após terminada os procedimentos descritos na admissão a utente posicionou-se na cama de partos, de forma a estar confortável, foi monitorizada com transdutor e toco, para vigilância da frequência cardíaca fetal e contractilidade uterina. Também foi explicado á utente que teria que ser puncionada uma veia periférica e iniciada soroterapia para a necessidade de administração de medicação e para a hidratação, visto a partir do momento que foi admitida no bloco de partos teria que iniciar jejum, até alguma indicação em contrário.</p> <p>A Sr.ª S foi questionada acerca da existência de plano de parto, tendo sido a sua resposta negativa, verbalizando apenas o desejo de o parto ser normal em vez de cesariana, visto sentir-se preparada com os conhecimentos adquiridos no CPN/P.</p> <p>À medida que iam sendo efectuados os procedimentos descritos, houve oportunidade de conversar com a utente acerca das expectativas que tinha relativamente ao seu trabalho de parto. Foi referido pela mesma, que não esperava que houvesse ruptura prematura da bolsa de águas; tinha idealizado o início de trabalho de parto com contractilidade uterina, e que apenas recorria ao hospital quando a capacidade de tolerância à dor fosse insuportável. Também fez referência que visto os planos não estarem a seguir o idealizado, iria adequá-los à situação actual.</p>	<p>Utente com 1ª gestação, cuja gravidez decorreu sem intercorrências, dentro dos parâmetros da normalidade. Foi vigiada a gravidez na UCSP pertencente à área de residência e frequentou um curso de preparação para o nascimento/ parentalidade (CPN/P), na área de Sintra, leccionado por uma fisioterapeuta, visto na UCSP não haver estes cursos.</p> <p>A demonstração de conhecimentos, pela grávida, levava a depreender que durante a gravidez houve a preocupação de conhecer e procurar informação que esclarecesse as dúvidas próprias para uma primípara. As expectativas apresentadas pelo casal correspondiam ao desejo de um parto natural, mas não havia oposição se fosse necessário realizar parto distócico.</p>

Pareceu-me ser uma pessoa segura das suas capacidades, embora apresenta-se e verbaliza-se alguma preocupação em desiludir as pessoas que a rodeiam neste momento tão esperado na sua vida.

A minha conduta foi tentar desmistificar essa imagem que a utente tinha, visto o importante não ser o que é esperado pelos profissionais mas sim o que é esperado pela própria utente relativamente ao seu TP, qual o seu desejo relativamente à evolução do mesmo, a utilização correcta da aprendizagem que teve oportunidade de adquirir no curso, de forma a minorar o desconforto provocado pelas algias do próprio TP.

Analisando o que foi verbalizado, considero que apesar da utente não querer desiludir-se a si mesma, acima de tudo gostaria de poder demonstrar à equipa a sua capacidade de operacionalizar o que aprendeu.

Também foi colocada a questão se gostaria da presença do convivente significativo, pelo que a resposta foi afirmativa.

A utente colocou a questão se era possível utilizar a bola de Pilates no serviço e se poderia ser a sua visto estar adaptada ao seu tamanho. Após questionar a Enf.ª ESMO (orientadora do meu estágio) relativamente à permissão da utilização da bola de Pilates da própria utente, a resposta foi afirmativa. A questão também foi colocada à orientadora pelo facto de haver duvida na utilização da bola de Pilates, devido à ruptura da bolsa de águas, mas visto ser possivelmente uma ruptura alta, não houve contra-indicação para utilização da mesma.

Antes de sair expliquei a utilização da campainha no caso de necessitar de alguma coisa. Confirmei se estava tudo bem relativamente à posição da cama, intensidade das luzes e volume da música ambiente. A utente respondeu afirmativamente.

A vigilância do bem-estar materno-fetal estava a ser efectuada através da monitorização CTG, aparentemente sem alterações aos parâmetros normais. O CTG apresentava boa variabilidade e sem registo de dinâmica uterina. Relativamente à cervicometria, apresentava um colo trajecto de cerca de 1 cm e permeável a 1 dedo. A estrutura da bacia apresenta características compatíveis com a bacia ginecoide, e aparentemente compatível com a estimativa ponderal do feto avaliada na última ecografia (percentil 50 às 33 semanas de gestação).

Foi observada pela equipa médica, cerca das 15h30, que decidi iniciar indução de trabalho de parto com Prostin Gel®, visto a cervicometria estar desfavorável para a evolução do TP. Foi explicado à utente que após a colocação desta medicação no fundo de saco posterior vaginal, teria que permanecer em repouso no leito pelo menos 2 horas, para haver absorção da medicação. Foi também esclarecido a acção da medicação.

Ao longo do pouco tempo que acompanhei o casal, visto só faltar 2 horas para terminar o meu turno, pude observar a cumplicidade existente entre ambos. Ambos irradiavam felicidade, visto estar a aproximar-se o momento de conhecer o filho "real", um dos momentos mais esperados pela maioria dos casais que desejaram e planearam a gravidez.

Também pude verificar que o casal utilizava correctamente as técnicas de relaxamento, respiratórias, a bola de Pilates. Fui tentando realizar reforços positivos e complementar alguns pormenores técnicos relacionados com as técnicas utilizadas pelo casal.

No final do turno, mantinha-se a mesma evolução, visto a medicação administrada ainda não ter tido tempo de provocar algum efeito.

Antes de terminar o turno, despedi-me do casal, verbalizando o desejo o trabalho de parto decorresse consoante o que esperavam.

No dia seguinte, dia 10/2/11, o turno que realizei foi o da tarde, das 16h às 23h30, fiquei surpreendida quando na passagem de ocorrências verifiquei que, no quarto 7 se encontrava a mesma utente que tinha admitido no turno do dia anterior. A Sr.ª S, já estava no puerpério imediato, tinha tido um parto distócico – ventosa e fórceps – às 15h. Tinha nascido o Henrique, sem malformações aparentes.

Embora a distribuição de trabalho, para o turno, não tenha contemplado aquele quarto para a minha prestação directa de cuidados, não pude deixar de cumprimentar o

Não pude deixar de ficar um pouco apreensiva com as afirmações da utente, visto considerar que a mesma estava a elevar as suas expectativas a um nível demasiado exigente, visto ser a sua primeira gravidez e a sua primeira experiência de parto. Considero que apesar da mesma não querer se desiludir a ela própria, a sua maior preocupação estava relacionada com a opinião dos profissionais de saúde que a acompanham durante o TP.

Tal como referi anteriormente, o meu receio parecia ter algum fundamento. A utente tinha expectativas muito elevadas para o seu desempenho durante o trabalho de parto. Para além de estar desiludida consigo mesma, pareceu-me que ficou desiludida com o CPN/ P e também pelo facto de não conseguir demonstrar aos profissionais

<p>casal e felicitá-lo pelo nascimento do Henrique.</p> <p>Verifiquei que apesar da alegria e felicidade do nascimento do filho, o casal, mas principalmente a Sr.<sup>a</sup> S, apresentavam um fácies de tristeza e cansaço.</p> <p>Após algum tempo de conversa com o casal consegui perceber que realmente as expectativas que tinham para o parto ficaram um pouco aquém do que estava idealizado. O facto do trabalho de parto ter demorado aproximadamente 24 horas foi muito desgastante para todos. A Sr.<sup>a</sup> S verbalizou desilusão com a sua prestação, visto ter chegado cheguei a um ponto que não consegui fazer força eficaz para o bebé nascer, a epidural também não estava a ser eficaz. O sentimento de culpa recaiu sobre a sua incapacidade de operacionalizar a aprendizagem adquirida nos CPN/P e por conseguinte a utilização de ventosa e fórceps também.</p> <p>Fiquei surpreendida com esta análise efectuada pela utente, parecia que não correspondia à mesma pessoa que tinha admitido no dia anterior. Compreendi o que sentia e tentei demonstrar a minha empatia. Tentei também apoiar o casal neste momento de fragilidade emocional, tentando esclarecer que não depende só do seu desempenho no período expulsivo mas também a outros aspectos, como por exemplo o tamanho do bebé e da posição que o mesmo se encontra no período expulsivo.</p>	<p>de saúde as suas capacidades.</p> <p>O facto da analgesia epidural não ter sido eficaz no controlo da dor, devido ao efeito de "janela", também contribuiu para completar a desilusão na globalidade.</p>
<p><b>PARTE REFLEXIVA</b></p>	
<p>A escolha da observação directa dos comportamentos das utentes, relativamente à utilização de técnicas não farmacológicas da dor, permitiu-me reflectir acerca dos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade.</p> <p>A lacuna que existia na minha aprendizagem enquanto profissional com conhecimento acerca de CPN/P e como estudante, não me permitia avaliar na realidade os resultados efectivos dos CPN/P, durante o TP. O <i>feed-back</i> que existia era apenas durante o puerpério, e que por vezes a meu ver, não correspondia totalmente à realidade.</p> <p>Foi oportuno para a minha formação o estágio de bloco de partos, para completar este ciclo, de forma a minha perspectiva ser global e não apenas parcial. Assim com esta aprendizagem, com a observação e a reflexão acerca das situações reais vivenciadas pelas utentes, ajudar-me-ão a compreender melhor as necessidades das mesmas no pré-parto, criando assim um curso adequado para a realidade vivida no bloco de partos.</p> <p>Na realidade o que pude observar nesta situação, e também complementando com todo o conhecimento adquirido acerca da temática, verifico que a idealização que as utentes que frequentam os CPN/P, por vezes não corresponde às expectativas criadas pelas mesmas e às experiências vividas, provocando sentimentos de desilusão com a sua prestação durante o trabalho de parto e também de alguma forma frustração por não conseguirem atingir os objectivos estabelecidos para o nascimento do filho.</p> <p>Com esta situação descrita surgiram-me várias dúvidas, entre elas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Será que realmente os CPN/P preparam de forma adequada e estão direccionados para as reais necessidades das utentes que irão vivenciar a experiência do trabalho de parto?</li> <li>▶ Será que o acesso à informação disponível neste momento, através da pesquisa efectuada pelos próprios utentes, complementa de forma menos positiva os conteúdos leccionados nos CPN/P?</li> <li>▶ Será que realmente os CPN/P leccionados por outros profissionais de saúde sem grau de ESMO, tem o mesmo impacto que os que são dirigidos por profissionais especializados?</li> </ul> <p>Muitas mais dúvidas surgem com a reflexão efectuada, mas considero que perante os meus conhecimentos na área e a observação efectuada, foram estes que obtiveram lugar de destaque.</p> <p>Considero que a utente alvo da minha reflexão, estava preparada para um trabalho de parto que decorresse de forma linear, tal como descrito nalguma literatura consultada pela mesma. Embora saibamos que nem sempre essas situações acontecem, principalmente quando se trata de utentes primíparas, tentei elucidar para a necessidade de estar preparada para que o trabalho de parto nem sempre decorrer de acordo com o planeado, utilizando a aprendizagem adquirida nos CPN/P.</p> <p>Pude constatar que algum conhecimento demonstrado pelo casal, não tinha sido apenas fruto da aprendizagem adquirida no CPN/P, mas sim também através da pesquisa pessoal efectuada pelo casal. Considero que é importante a procura de informação de forma a completar a aprendizagem adquirida, mas como é do conhecimento comum, nem toda a informação disponível é correcta, fidedigna e adequada à realidade do nosso país. Talvez também este misto de fontes de informação tenha gerado as expectativas apresentadas pela utente/casal.</p> <p>Apesar de não poder avaliar a evolução total do trabalho de parto e realmente quais as áreas que era necessário efectuar</p>	

reforço positivo, não pude deixar de reflectir acerca dos sentimentos verbalizados pela utente no pós-parto imediato.

Tal como já havia referido anteriormente, considerei que as expectativas da utente no momento da admissão, eram extremamente exigentes para a própria, no que diz respeito aos objectivos traçados para o seu parto. Penso também que um dos obstáculos que ajudou a gerar estes sentimentos, foi a importância dada à opinião que seria formada pelos profissionais de saúde acerca do seu desempenho durante o TP. Por várias vezes foi referido pela utente que não queria

Verifico agora que é necessário por vezes reestruturar alguns CPN/P, com conhecimento do que é realmente necessário no bloco de partos. Também verifiquei que a pesquisa efectuada acerca de estudos efectuados nesta área, demonstram que realmente existe essa necessidade, e cabe a nós EESMO adequá-los da melhor forma para que estes sentimentos menos positivos sejam evitados. A preparação psicológica, a meu ver, é mais importante que propriamente a preparação física. O protagonismo de cada uma das preparações é importante, mas uma utente preparada para todas as situações que possam surgir durante o TP, encontrar-se-á, certamente, preparada de uma forma mais abrangente para as dificuldades que possam surgir.

Com todos os debates efectuados acerca das competências dos vários profissionais de saúde poderem leccionar um CPN/P, na minha perspectiva, só vem complementar todos os pareceres efectuados: estes cursos são uma área da competência dos EESMO, pois são os mesmos detentores de um conhecimento mais abrangente e específico nesta área. Na minha reflexão foi referido que a utente tinha frequentado um CPN/P leccionado por um profissional de saúde sem a especialidade de saúde materna e obstetrícia, pelo que considero que a preparação física foi excelente embora estas situações específicas que fogem à normalidade durante o TP, possivelmente não foram contempladas nem trabalhadas durante a preparação efectuada.

É necessário trabalhar mais nesta área, realizando estudos que nos ajudem a reflectir acerca da prática diária e da melhoria dos nossos cuidados. Apesar de ser uma temática muito trabalhada, nem sempre os resultados são positivos como esperamos que sejam, por isso é sempre satisfatório realizar uma avaliação mais profunda acerca do trabalho desenvolvido.

DIÁRIO DE CAMPO II					
IDENTIFICAÇÃO					
Idade: 29 anos		Antecedentes Obstétricos: -----			
Índice Obstétrico: 0000		Acompanhamento durante o TP e Parto: Sim			
Idade Gestacional: 39s+5d		Convivente significativo (grau de parentesco): Marido			
Complicações na gravidez: -----					
PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE					
	Sim	Não			
Frequentou curso?	X		Início do curso: 30 semanas		
Com convivente significativo?	X		Término do curso: 37semanas		
			Local: C.S S. Domingos de Rana – Formador: EESMO		
EXPECTATIVAS/PLANOS PARA O PARTO					
	Sim	Não		Sim	Não
Parto natural	X		Administração de terapêutica EV	X	
Parto eutócico	X		Analgesia Epidural	X	
Parto distócico		X	Preferência de posicionamento (posição de parto)		X
Indiferente		X			
ADMISSÃO NO BLOCO DE PARTOS					
Estádio do trabalho de parto: 1º Estádio			Bolsa de águas: BAR às 4h de 12/05/2011		
Cervicometria: colo posterior, permeável a 1 dedo			CTG: tranquilizador, com dinâmica uterina escassa		
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DURANTE O TP E PARTO					
Não farmacológicas			Farmacológicas		
	Sim	Não		Sim	Não
Técnicas respiratórias	X		Analgesia endovenosa		X
Relaxamento	X				
Deambulação		X	Analgesia epidural	X	
Bola de Pilates		X			
Hidroterapia	X		Anestesia local	X	
Musicoterapia	X				
OBS:-----			OBS: Utilizada anestesia local com lidocaina para realizar episiorrafia		
RESULTADOS OBSERVADOS DA UTILIZAÇÃO DESTAS ESTRATÉGIAS					
	Sim	Não		Sim	Não
Utilização adequada	X		Melhoria no controlo da ansiedade e dor	X	
Utilização inadequada		X	Participação activa do convivente significativo	X	
SENTIMENTOS VERBALIZADOS RELATIVAMENTE AO CONTRIBUTO DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE, NO PUERPÉRIO IMEDIATO, PELA PUÉRPERA E CONVIVENTE SIGNIFICATIVO					
Controlo da ansiedade	X	Contribuição positiva	X	Redução do tempo do TP e parto	Indiferente
Controlo da dor		Contribuição negativa		Insatisfeita com os resultados	Desilusão

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA II		
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Proporcionar Ambiente Seguro e Tranquilo	Sim	
Realizar Anamnese	Sim	
Proporciona Presença de Convivente Significativo	Sim	
Consulta Frequência de Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade	Sim	
Consulta Plano de Parto	Sim. A utente tinha um plano de parto muito particular: Gostaria que o convivente significativo estivesse presente até completar a dilatação, nessa altura sairia do quarto e só regressaria após o nascimento do bebé e após estarem “arranjados e limpos”(sic).	
Proporciona Medidas de Conforto	Sim	
Proporciona Apoio Emocional e Psicológico	Sim	
Implementa Medidas Não Farmacológicas para o Controlo da Ansiedade e Dor	Técnicas Respiratórias	Sim
	Relaxamento	Sim
	Deambulação	Não
	Bola de Pilates	Não
	Hidroterapia	Não
	Musicoterapia	Sim
	Outros	---
Informa e Proporciona Medidas Farmacológicas de Alívio da Dor	Sobre Analgesia Epidural	
OBS:-----		
DIAGNOSTICAR E PREVENIR COMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER E RECÊM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Monitoriza Bem-Estar Materno e Fetal durante o Trabalho de Parto	CTG: tranquilizador, FCF +/- 150 bpm, com dinâmica uterina irregular	
	Estrutura Pélvica:	
	Cervicometria: colo fino, com 5 cm de dilatação	
	Apresentação Fetal	
	Integridade da Bolsa de Águas: BAR desde as 4h de 12/5/11	
Monitoriza Estádio e Progressão do Trabalho de Parto	Estádio: 1º estágio do TP	
	Duração: 14 horas	
Monitoriza Risco Materno-Fetal e Desvios do Padrão Normal durante a Evolução do Trabalho de Parto	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Identifica e Referencia Desvios do Padrão Normal da Evolução do Trabalho de Parto a outros profissionais	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Executa Parto de Apresentação Cefálica	Dequitação	Natural, aparentemente completa
	Integridade do Canal de Parto	Episiotomia
	Técnicas de Reparação do Canal de Parto	Episiorrafia
Promove a Vinculação Precoce entre a Díade/Tríade	Sim, relação precoce entre a díade imediato após o nascimento e posteriormente entre a tríade quando foi permitida a presença do convivente significativo no quarto, pela puérpera	
Presta Cuidados imediatos ao Recém-Nascido	Não	
Identifica e Referencia alterações funcionais e morfológicas no Recém-Nascido	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Coopera com outros profissionais nos cuidados ao Recém-Nascido com alterações funcionais e morfológicas	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
OBS:-----		
PROVIDENCIA CUIDADOS NO 4º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO À MULHER/RN/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO		
Promove a Vinculação Precoce entre a Díade/Tríade	Sim	
Promove o Aleitamento Materno	Sim. Adaptado recém-nascido à mama após término da episiorrafia. RN com bons reflexos de sucção e deglutição	
Proporciona Medidas de Conforto e de Controlo da Dor	Sim	
Monitoriza e Referencia Desvios do Padrão Normal neste Estádio na Mulher e Recém-Nascido	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Coopera com outros profissionais nos cuidados à Mulher e Recém-Nascido com alterações no 4º Estádio	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
OBS:-----		

DIÁRIO DE CAMPO II	
<b>Data de elaboração do diário:</b> 12/05/2011 <b>Data da observação:</b> 12/05/2011 <b>Hora:</b> 16h00 às 23h30	<b>Observador:</b> AESMO Susana Frade <b>Local:</b> HPP Cascais – Bloco de Partos
PARTE DESCRITIVA	
Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>No dia 12/05/2011 foi admitida no Bloco de Partos do HPP de Cascais, a Sr.ª V, com uma gestação de 39 semanas e 5 dias de evolução. O motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência do referido hospital foi a ocorrência de ruptura espontânea da bolsa de águas no domicílio, às 4h da manhã do mesmo dia, com saída de líquido claro, segundo descrição da utente.</p> <p>A admissão da Sr.ª V foi efectuada durante o turno da noite, às 6h00, na sala de partos 1, após ter efectuado triagem e ter sido observada pela equipa médica, no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia.</p> <p>A sala de partos 1, é a sala de admissão mais próxima da triagem, da sala de trabalho de enfermagem, do balcão de trabalho e do bloco operatório. Em frente à porta encontra-se a cama de partos, tendo por trás duas janelas com acesso ao exterior. Quando nos encontramos de frente para a cama de partos, à direita da mesma encontra-se a unidade de admissão do recém-nascido; ainda do mesmo lado está a porta de acesso à sala de armazenamento de soroterapia e outros produtos de apoio, como desinfectantes; dando continuidade nessa parede, existe uma mesa de apoio para cuidados ao recém-nascido (RN) e um lavatório, com características de banheira, para dar banho aos RN que necessitarem desses cuidados imediatos após o nascimento. Por baixo desse lavatório estão armazenados roupas de cama, roupas para as utentes e material esterilizado utilizado no parto. À esquerda da cama de partos está o monitor de cardiografia, e de seguida a porta da casa de banho. Continuando nessa parede está o lavatório e os caixotes do lixo (1 para lixo contaminado e 1 para lixo limpo). À esquerda da porta da sala de partos está o carro de medicação com o material necessário para os procedimentos efectuados ao longo do internamento. Também existe na sala um “Pantoff” por cima da cama de partos, um banco de apoio e uma mesa de apoio para o parto.</p> <p>A admissão na sala de partos não foi efectuada por mim, só tive oportunidade de conhecer a Sr.ª V e seu convivente significativo durante o turno da tarde.</p> <p>Após a minha apresentação, como enfermeira a frequentar o curso de especialização de enfermagem em saúde materna e obstetrícia, a realizar o estágio no bloco de partos do hospital de Cascais, tive a oportunidade de efectuar uma colheita de dados mais pormenorizada à que já se encontrava efectuada, no que diz respeito a alguns pontos importantes para o meu processo de aprendizagem. Consegui perceber que o casal tinha tido a oportunidade de frequentar curso de preparação para o nascimento/parentalidade (CPN/ P), na UCSP que tinham realizado a vigilância da gravidez e com a EESMO que efectuou esse acompanhamento.</p> <p>Tentei perceber através da observação das estratégias não farmacológicas e através de conversa informal, se a utilização das mesmas estava a ser eficaz no controlo da dor e ansiedade, mas pelo que me apercebi e pelo que foi sendo verbalizado pelo casal, os mesmos consideraram importante a aprendizagem, mas que não correspondeu na totalidade ao que esperavam.</p> <p>Pareceram um casal que apesar do nº de horas que se encontravam internados, estavam conformados com a evolução do trabalho de parto. A Sr.ª V aparentava mais tranquilidade que o convivente significativo. Por várias vezes, num tom de brincadeira solicitou-me se havia disponível um calmante para o marido, pois ele estava mais nervoso que ela própria. Tentei perceber realmente o que se estava a passar, conversando um pouco com o casal. Percebi então que o que estava a preocupar o Sr. P era o nº de horas que a Sr.ª V se encontrava sem líquido amniótico e as dores que a mesma estava a sentir.</p> <p>Apesar de ser compreensível o que o Sr. P estava a sentir naquele momento, direccionei a minha conduta na tentativa de o ajudar a relembrar algumas estratégias que podem ser utilizadas por ambos no alívio da dor, tal como a massagem, a deambulação e as técnicas respiratórias, e explicar também quais os critérios mínimos exigidos para a</p>	<p>A Sr.ª V é uma primípara, cuja vigilância da gravidez foi efectuada na USCP pertencente à área de residência. A gravidez decorreu dentro dos parâmetros da normalidade, apresentava serologias negativas para VDRL, Hep. B e C, Imunidade para a Rubéola e CMV e sem imunidade para a toxoplasmose. Tinha resultados de colheita de exsudado vaginal negativo, embora não especificasse resultado do exsudado anal relativamente à pesquisa de Estreptococos do Grupo B, pelo que foi considerado desconhecido este resultado. Por este motivo iniciou profilaxia antibiótica com ampicilina de 4/4h, conforme protocolo.</p>



colocação do cateter epidural, caso fosse esse o seu desejo.

Foi neste momento enquanto estava a relembrar os conteúdos de aprendizagem do CPN/ P, que foi referido pela Sr.<sup>a</sup> V que todos os participantes do referido curso tinham planos de parto, uns mais elaborados que os outros, com situações descritas para a utente de uma certa utopia. A realização de um plano de parto, foi um exercício que não estava nos seus planos, mas a pedido da formadora do CPN/P, o requisito que tinha para o seu parto era que o seu marido não estivesse presente no período expulsivo e só estivesse presente depois dela e do seu filho estarem arranjados.

Passado 1 hora do início do turno, a Sr.<sup>a</sup> V começou a verbalizar queixas algícas pélvicas mais intensas, foi pedido para se deitar na cama de partos, visto encontrar-se a deambular, para se poder efectuar a avaliação do trabalho de parto. Foi realizado toque obstétrico, verificando-se que apresentava um colo centrado, ainda grosso, com cerca de 0,5 cm de trajecto, com cerca de 5 cm de dilatação, apresentação apoiada. Foi questionada mais uma vez se gostaria de recorrer a analgesia epidural, pelo que a grávida respondeu afirmativamente. Foi contactada a anestesia para colocação de cateter epidural.

Enquanto se aguardava a chegada da Dr.<sup>a</sup> J (anestesista), foi realizado esclarecimento de algumas dúvidas colocadas pela utente, enquanto se efectuava a monitorização dos parâmetros vitais (TA, Sat. % O<sub>2</sub>, FC) e substituído soroterapia em curso por lactato de ringer, conforme protocolo. A questão que foi colocada pela utente era se com a colocação do cateter epidural ainda podia deambular. Foram esclarecidas as dúvidas do casal e explicado que era aconselhável após a colocação do cateter epidural permanecer no leito em repouso, visto os efeitos secundários descritos estarem associados ao levante precoce após realização desta técnica.

Foi então pelas 16h45 que a Dr.<sup>a</sup> J (anestesista), compareceu no serviço para realizar a técnica de colocação do cateter epidural. A Sr.<sup>a</sup> V foi posicionada no leito: sentada, à beira da cama, com as pernas flectidas e costas curvadas. A colocação do cateter epidural decorreu sem intercorrências, tendo demorado cerca de 15 minutos desde o início ao término do procedimento. Após aproximadamente uns 10 minutos após a administração da analgesia a Sr.<sup>a</sup> V começou a referir alívio das queixas algícas.

Pelas 17h15, visto haver alívio das queixas algícas, o CTG apresentar boa variabilidade e dinâmica uterina irregular, foi colocado em curso perfusão de ocitocina 5 UI em 500 ml de soro fisiológico a 20 ml/h, ritmo controlado através de bomba infusora.

Passados mais 15 minutos, foi realizado toque obstétrico, tendo sido avaliado o colo com apagamento total, com cerca de 7 cm de dilatação, apresentação apoiada, no plano de Hodge +1. Mantinha saída de líquido amniótico claro em pouca quantidade.

Pelas 18h00, o Sr. P perguntou como estava a evolução do trabalho de parto e se poderia ausentar-se temporariamente do serviço para lanchar, visto a última refeição que tinha realizado ter sido o almoço, pelo que já tinham passa cerca de 4 horas. Foi informado que não havia nenhum impedimento para a referida ausência e que pelo contrário ajudaria também o mesmo a ficar mais calmo. Assim foi acompanhado pela Sr.<sup>a</sup> S (assistente operacional) até à saída do serviço.

Passados 30 minutos, da situação descrita, foi realizada nova avaliação da cervicometria, apresentando dilatação completa do colo e restantes características sobreponíveis às descritas anteriormente, a Sr.<sup>a</sup> V, iniciou esforços expulsivos.

Às 18h39 nasceu o Duarte, com 3150 gr de peso, sem malformações aparentes, IA 9/10, por parto eutócico com realização de episiotomia, realizado pela AESMO Susana Frade e pela EESMO Ana Esteves. Após a expulsão foi promovida a relação precoce entre a díade e a realização do corte do cordão umbilical foi efectuado pela Sr.<sup>a</sup> V, após ter sido validado com a mesma se gostaria de efectuar esse procedimento. O parto decorreu sem intercorrências, sob efeito de analgesia epidural, foi colhido sangue + cordão umbilical para colheita de células estaminais, a dequitação foi natural, aparentemente completa. Iniciou perfusão de ocitocina 20 UI/ 500 ml de soro fisiológico, como protocolado, após verificação do globo de segurança de Pinard. As perdas hemáticas vaginais eram em quantidade normal. Após verificação do canal vaginal, iniciou-se episiorrafia, que decorreu sem intercorrências. Após os procedimentos descritos terminados, foram prestados cuidados de conforto à Sr.<sup>a</sup> V.

Foi questionada se estava confortável e se gostaria de amamentar o Duarte, tendo a resposta sido afirmativa.

Os cuidados imediatos ao recém-nascido foram prestados pela Enf.<sup>a</sup> A, tendo

Verifiquei que realmente o convivente significativo se encontrava incomodado com a situação vivenciada por ambos. Na minha perspectiva, tal como já tive oportunidade de verificar noutras situações, o papel assumido pelo convivente significativo por vezes é vivido com a sensação de alguma "impotência", visto a uma determinada altura não sabem ao certo o que mais poderão fazer para alívio da dor sentida pela grávida, provocando o mais variado tipo de sentimentos vividos naquele momento. Apesar de que o convivente significativo tenha referido que se não tivesse frequentado o curso de preparação para o nascimento/ parentalidade provavelmente não se sentiria preparado para estar presente naquela sala.

Verifiquei que o fâcies do convivente significativo, ao verificar que a sua esposa estava mais confortável e com alívio da dor, tinha mudado completamente. Neste momento referiu que estava a ser mais fácil agora lidar com toda a situação visto não ter que observar o sofrimento que as contracções estavam a provocar na sua esposa.

sido efectuada aspiração de secreções da orofaringe em pequena quantidade, administrado vitamina K, como se encontra protocolado, colocadas pulseiras de identificação e electrónica na presença da mãe após confirmação do nome da mesma e vestida a 1ª roupa escolhida para o casal.

Após os cuidados prestados, foi colocado o Duarte junto da Sr.ª V, e ambos foram posicionados de forma confortável. Após várias abordagens e tentativas de adaptação à mama, o Duarte conseguiu efectuar uma boa pega, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição.

O pedido da Sr.ª V foi chamado o seu marido para junto de ambos. Questionei a Sr.ª V se o seu plano de parto tinha sido cumprido pelos profissionais de saúde, pelo que a Sr.ª V respondeu que sim e também referiu que não teria conseguido se toda a equipa a não tivesse ajudado. A puérpera admitiu que afinal tinha conseguido utilizar algumas das coisas que aprendi no CPN/ P.

Às 19h15 o Sr. P entrou na sala de partos 1, e ao ver que a sua esposa e filho se encontravam bem, chorou de felicidade. Não pude deixar de me comover com este cenário visto que após o acompanhamento que efectuei ao longo de todo o trabalho de parto, verificar a cumplicidade que existia entre o casal. O nervosismo e a felicidade estavam juntos naquele momento tão importante para esta família. Deixei a sala para proporcionar o momento de privacidade que precisavam naquele momento.

Quando o Duarte terminou de mamar, fui chamada pelo Sr. P para comparecer na sala de parto. Fui questionada pelo Sr. P se ele poderia pegar no seu filho. Com certeza que a minha resposta foi afirmativa. Com alguma dificuldade e receio, o Sr. P pegou no Duarte, e mais uma vez comoveu-se.

Visto o parto ter sido realizado por mim, tive a oportunidade de verificar se as estratégias aprendidas no CPN/ P estavam a ser aplicadas correctamente. A respiração foi realizada como tinha sido ensinada e as forças expulsivas efectuadas pela Sr.ª V inicialmente não eram eficazes, visto a técnica não estar a ser executada correctamente, mas após algumas correcções, a Sr.ª V conseguiu executar as técnicas correctamente.

Apesar da Sr.ª V apresentar algumas dúvidas acerca da eficácia e utilidade das técnicas de relaxamento e respiração, conseguiu operacionalizar a aprendizagem, com o acompanhamento efectuado durante o trabalho de parto.

#### PARTE REFLEXIVA

Mais uma vez verifico que este estágio realizado no bloco de partos proporcionou-me uma aprendizagem real das necessidades que as mulheres/ conviventes significativos apresentam durante o trabalho de parto efectivo.

Contrariamente ao descrito no 1º diário de campo, este casal apesar de ter frequentado CPN/ P, não apresentava expectativas muito elevadas relativamente à eficácia das estratégias não farmacológicas aprendidas nesse curso, o que se reflectiu na aparente tranquilidade que conseguiram manter (principalmente a Sr.ª V) durante todo o trabalho de parto.

Como verifiquei na pesquisa bibliográfica efectuada sobre a temática, as experiências positivas de parto estão relacionadas com as expectativas criadas durante a gravidez. Apesar de se encontrar descrito em alguns estudos, que a correlação existente entre as expectativas e as experiências ser baixa, o que pude verificar é que realmente existe alguma influência ou relação se podermos assim definir.

Este casal tendo conhecimento acerca do processo de trabalho de parto, criou expectativas, a meu ver, adequadas à sua realidade. Visto ser uma primeira gravidez e consequentemente a primeira experiência de parto, era do conhecimento de ambos que o processo poderia ser demorado. Embora o Sr. P se encontrasse mais nervoso com a situação da esposa e filho (como descrevi verbalizou preocupação com o nº de horas de ruptura de bolsa de águas e com as queixas algícas pélvicas sentidas pela esposa), a tranquilidade aparente transmitida pela Sr.ª V, equilibrava a “balança” sentimental vivida.

Verifiquei também através dos elogios efectuados pelo casal acerca do acompanhamento efectuado no bloco de partos, pela equipa de profissionais de saúde, e claro pelos enfermeiros, também foi um dos factores que contribuiu para uma experiência de parto positiva. Consultando alguns dos resultados de estudos efectuados, encontro descrito que os factores mais importantes para uma experiência de parto positiva são o ambiente acolhedor, o acompanhamento realizado e o autocontrolo durante o TP. A dor é um dos factores menos influenciável na experiência descrita pelos utentes.

As diferenças encontradas entre o 1º caso descrito e este, são principalmente a nível da preparação psicológica efectuada. Considero que nesta situação o casal, tenha tido uma preparação adequada à realidade que iriam viver, levando a que os resultados obtidos se adequassem às expectativas vividas.

Não descorando do trabalho efectuado por outros profissionais de saúde na área da preparação para o nascimento/ parentalidade, depreendo com a situação descrita neste diário de campo, que foi muito importante o curso ter sido leccionado por um EESMO. É uma das áreas de competência dos EESMO a preparação para o nascimento/ parentalidade, visto serem os profissionais com os conhecimentos teóricos e práticos da evolução da gravidez e do trabalho de parto, realizando assim uma preparação real e adequada às necessidades que as utentes terão no momento do nascimento do seu filho.

Também considero que é uma área que necessita de mais trabalho de campo, visto estar descrito em vários estudos efectuados que nem sempre o acompanhamento realizado nestes cursos seja o mais adequado. É da responsabilidade dos EESMO modificar estes resultados e proporcionarem o acompanhamento necessário às utentes/ família consoante as necessidades detectadas na sala de parto e das experiências relatadas pelas mesmas.

DIÁRIO DE CAMPO III						
IDENTIFICAÇÃO						
Idade: 26 anos			Antecedentes Obstétricos: Não			
Índice Obstétrico: 0000			Acompanhamento durante o TP e Parto: Sim			
Idade Gestacional: 40s+1d			Convivente significativo (grau de parentesco): Marido			
Complicações na gravidez: Não						
PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE						
	Sim	Não				
Frequentou curso?	X		Início do curso 28 semanas			
Com convivente significativo?	X		Término do curso 34 semanas Local: UCSP de Mafra. Formadora: EESMO			
EXPECTATIVAS/PLANOS PARA O PARTO						
	Sim	Não		Sim	Não	
Parto natural		X	Administração de terapêutica EV	X		
Parto eutócico	X		Analgesia Epidural	X		
Parto distócico		X	Preferência de posicionamento (posição de parto)			X
Indiferente						
ADMISSÃO NO BLOCO DE PARTOS						
Estádio do trabalho de parto: Início de TP			Bolsa de águas: Integra			
Cervicometria: Colo grosso, com cerca de 3 cm de dilatação.			CTG: Com boa variabilidade, com registo de dinâmica uterina escassa			
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DURANTE O TP E PARTO						
Não farmacológicas			Farmacológicas			
	Sim	Não		Sim	Não	
Técnicas respiratórias	X		Analgesia endovenosa	X		
Relaxamento	X					
Deambulação		X	Analgesia epidural	X		
Bola de Pilates		X				
Hidroterapia	X		Anestesia local			X
Musicoterapia	X					
OBS:-----			OBS:-----			
RESULTADOS OBSERVADOS DA UTILIZAÇÃO DESTAS ESTRATÉGIAS						
	Sim	Não		Sim	Não	
Utilização adequada	X		Melhoria no controlo da ansiedade e dor	X		
Utilização inadequada		X	Participação activa do convivente significativo	X		
SENTIMENTOS VERBALIZADOS RELATIVAMENTE AO CONTRIBUTO DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE, NO PUERPÉRIO IMEDIATO, PELA PUÉRPERA E CONVIVENTE SIGNIFICATIVO						
Controlo da ansiedade	X	Contribuição positiva	X	Redução do tempo do TP e parto		Indiferente
Controlo da dor	X	Contribuição negativa		Insatisfeita com os resultados		Desilusão

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA		
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Proporcionar Ambiente Seguro e Tranquilo	Sim	
Realizar Anamnese	Sim	
Proporciona Presença de Convivente Significativo	Sim	
Consulta Frequência de Cursos de Preparação para o Nascimento/ Parentalidade	Sim	
Consulta Plano de Parto	Não	
Proporciona Medidas de Conforto	Sim	
Proporciona Apoio Emocional e Psicológico	Sim	
Implementa Medidas Não Farmacológicas para o Controle da Ansiedade e Dor	Técnicas Respiratórias	Sim
	Relaxamento	Sim
	Deambulação	Não
	Bola de Pilates	Não
	Hidroterapia	Não
	Musicoterapia	Sim
	Outros	Massagem
Informa e Proporciona Medidas Farmacológicas de Alívio da Dor	Sim, sobre analgesia epidural e analgesia EV	
OBS:-----		
DIAGNOSTICAR E PREVENIR COMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER E RECÊM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
Monitoriza Bem-Estar Materno e Fetal durante o Trabalho de Parto	CTG com boa variabilidade, FCF +/- 150 bpm, com dinâmica uterina irregular de média amplitude	
	Estrutura Pélvica Bacia compatível com características ginecoide	
	Cervicometria: colo grosso, com 3-4 cm de dilatação	
	Apresentação Fetal: cefálica	
	Integridade da Bolsa de Águas: Na admissão íntegra, às 2h30 REBA-liquido claro	
Monitoriza Estádio e Progressão do Trabalho de Parto	Estádio: 1º estágio ao 4º estágio	
	Duração: inferior a 12 horas	
Monitoriza Risco Materno-Fetal e Desvios do Padrão Normal durante a Evolução do Trabalho de Parto	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Identifica e Referencia Desvios do Padrão Normal da Evolução do Trabalho de Parto a outros profissionais	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Executa Parto de Apresentação Cefálica	Dequitação	Natural
	Integridade do Canal de Parto	Episiotomia e laceração de grau I
	Técnicas de Reparação do Canal de Parto	Episiorrafia e sutura da laceração de grau I
Promove a Vinculação Precoce entre a Díade/Tríade	Sim	
Presta Cuidados imediatos ao Recém-Nascido	Sim	
Identifica e Referencia alterações funcionais e morfológicas no Recém-Nascido	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Coopera com outros profissionais nos cuidados ao Recém-Nascido com alterações funcionais e morfológicas	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
OBS:-----		
PROVIDENCIA CUIDADOS NO 4º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO À MULHER/RN/CONVIVENTE SIGNIFICATIVO		
Promove a Vinculação Precoce entre a Díade/Tríade	Sim	
Promove o Aleitamento Materno	Sim	
Proporciona Medidas de Conforto e de Controle da Dor	Sim. Adaptado recém-nascido à mama após término da episiorrafia. RN com bons reflexos de sucção e deglutição	
Monitoriza e Referencia Desvios do Padrão Normal neste Estádio na Mulher e Recém-Nascido	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
Coopera com outros profissionais nos cuidados à Mulher e Recém-Nascido com alterações no 4º Estádio	Sim, não houve alterações do padrão da normalidade	
OBS:-----		

DIÁRIOS DE CAMPO III	
<b>Data da Elaboração do diário: 20/05/2011</b> <b>Data da Observação: 20/05/2011</b> <b>Hora: 23h30 às 8h30</b>	<b>Observador: AESMO Susana Frade</b> <b>Local: Bloco de Partos – HPP Cascais</b>
PARTE DESCRITIVA	
Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>No dia 19 de Maio de 2011, pelas 22h30, foi admitida no bloco de partos a Sr.<sup>a</sup> C, em início de trabalho de parto, com cervicometria de 3- 4 cm de dilatação, com colo grosso com cerca de 0,5 cm de trajecto, avaliada na triagem. Encontrava-se na 40ª semana de gestação + 2 dias.</p> <p>A admissão foi efectuada na sala de partos 9, durante o turno da tarde. Foram proporcionadas medidas de conforto à Sr.<sup>a</sup> C, como tomar um duche e trocar as suas roupa de casa pelas da instituição. Foram também fornecidos 2 microclisteres e respectiva educação para a saúde a cerca da utilização dos mesmos. Após estes procedimentos foi colocado cateter periférico com soroterapia em curso, monitorizada tensão arterial e frequência cardíaca materna e monitorizada frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina através de CTG externo.</p> <p>Após a realização de todos os procedimentos descritos, foi permitida a presença do convivente significativo (o marido, Sr. B) junto da utente.</p> <p>A sala de partos 9, é uma das salas que fica mais próximo da sala de trabalho de enfermagem e da central de CTG's. Tal como descrito noutras salas de parto, em frente à porta encontra-se a cama de partos e à esquerda da mesma, a unidade de admissão do recém-nascido; ainda do mesmo lado está a porta de acesso à sala de armazenamento de soroterapia e outros produtos de apoio, como desinfetantes; dando continuidade nessa parede, existe uma mesa de apoio para cuidados ao recém-nascido (RN) e um lavatório, com características de banheira, para dar banho aos RN que necessitarem desses cuidados imediatos após o nascimento. Por baixo desse lavatório estão armazenados roupas de cama, roupas para as utentes e material esterilizado utilizado no parto. À direita da cama de partos está o monitor de cardiografia, e de seguida a porta da casa de banho. Continuando nessa parede está o lavatório e os caixotes do lixo (1 para lixo contaminado e 1 para lixo limpo). À esquerda da porta da sala de partos está o carro de medicação com o material necessário para os procedimentos efectuados ao longo do internamento. Também existe na sala um "Pantoff" por cima da cama de partos, um banco de apoio e uma mesa de apoio para o parto.</p> <p>Após avaliação do bem-estar materno e fetal (cervicometria 4 cm), verificação de análises necessárias para a colocação do cateter epidural e consentimento da Sr.<sup>a</sup> C para realização da técnica, foi contactada anestesista. Foram efectuados os procedimentos protocolados para a colocação do cateter epidural como monitorização da tensão arterial, saturação de oxigénio periférico, frequência cardíaca e colocação de lactato de ringer em curso.</p> <p>Às 23h30 foi colocado cateter epidural e administrada analgesia segundo protocolo B, sem intercorrências. Uns minutos após a colocação do cateter epidural, a Sr.<sup>a</sup> C já começava referir alívio da dor. Iniciou-se perfusão de oxicodina 5 UI/ 500 ml de soro fisiológico, a 10 ml/h, ritmo controlado com bomba infusora.</p> <p>Sem haver alterações significativas nas horas que se seguiram, mantinha vigilância do bem-estar fetal, através do registo de CTG, dentro dos parâmetros normais, pelas 2h30 do dia 20/05/2011 houve ruptura espontânea da bolsa de águas, com saída de líquido claro em média quantidade. Foi realizado novo toque obstétrico, cervicometria compatível com 4 cm, como na avaliação anterior, embora o colo estivesse com apagamento total, a apresentação fetal encontrava-se cefálica e já apoiada.</p> <p>Restante turno da noite decorreu sem alterações significativas, excepto que pelas 7h30 quando foi realizado nova avaliação da cervicometria, a dilatação do colo já tinha aumentado para os 7 cm.</p> <p>Durante o turno da manhã de dia 20/05/2011, tive a oportunidade de prestar cuidados directos a este casal. Consolidei os dados transmitidos através da passagem de turno, com a consulta do partograma, do boletim individual de grávida, dos exames complementares de diagnóstico efectuados ao longo da gravidez e da entrevista informal com a Sr.<sup>a</sup> C e o Sr. B.</p> <p>Tomei conhecimento que ambos tinham frequentado curso de preparação para o nascimento/ parentalidade. Ambos transmitiam alguma tranquilidade acerca da evolução do TP, e neste caso quem aparentava mais tranquilidade era o Sr. B, que fornecia estímulos positivos para a Sr.<sup>a</sup> C. A aplicação de técnicas de respiração e relaxamento estavam a ser efectuadas de forma correcta. Foi sugerido também que utilizassem a massagem como complemento às técnicas que estavam a ser utilizadas, sugestão que foi aceite por ambos. Foi realizado demonstração prática de como poderia ser efectuada a</p>	<p>A Sr.<sup>a</sup> C é uma primípara, cuja vigilância da gravidez foi efectuada na USCP pertencente à área de residência e em consultas particulares. A gravidez decorreu dentro dos parâmetros da normalidade, apresentava serologias negativas para VDRL, Hep. B e C, Imunidade para a Rubéola e CMV e sem imunidade para a toxoplasmose. Tinha resultados de colheita de exsudado vaginal e rectal negativo para estreptococos do grupo B. Também tinha resultados analíticos necessários para colocação de cateter epidural – tempos de coagulação e plaquetas.</p>

massagem, tendo de seguida o Sr. B começado a aplicar a aprendizagem realizado no momento. Foram realizadas algumas correcções embora o Sr. B efectuasse quase perfeitamente o que tinha sido demonstrado.

Ao longo do turno foram fornecidas informações acerca das expectativas criadas durante a gravidez para o TP. Considerei, através da avaliação da linguagem verbal e não-verbal do casal, que as expectativas estavam relacionadas com a aplicação das técnicas de respiração e relaxamento correctamente ao longo do TP, o autocontrolo, os cuidados prestados pela equipa de profissionais de saúde e o bem-estar da mãe e recém-nascido durante o parto e pós-parto.

A evolução do TP foi sendo por mim avaliada ao longo do turno, tendo sido necessário efectuar reforço da medicação analgésica, através do cateter epidural 2 vezes, para além da administrada inicialmente durante a colocação do cateter. Verifiquei que o intervalo de tempo entre a 1ª e 2ª administração de analgesia perfazia cerca de 6 horas. Tentei averiguar se realmente não havia queixas algícas durante este espaço de tempo, visto ser do conhecimento que a duração média do efeito da analgesia ser de aproximadamente 2 horas. Foi então que percebi que havia alguns mitos relativamente à analgesia epidural. Os conceitos que foram transmitidos pelo casal não eram totalmente correctos. A Sr.ª C não tinha pedido mais medicação porque tinha receio de não poder ser administrada mais analgesia, por isso estava a “guardar” a nova administração para quando estivesse com mais dilatação. Questionei o porquê daquela afirmação, visto não ser real a informação que estava a transmitir. O casal transmitiu que a ideia com que tinham ficado era que a administração estava limitada a 3 doses, e que por esse motivo tentaram tolerar a dor o máximo de tempo possível, para não esgotar as hipóteses de alívio da dor antes do parto. Tentei desmistificar realmente esta ideia pois não era totalmente errada, visto que realmente a administração conjugada de 2 dos medicamentos utilizados para o alívio da dor, só poderia ser no máximo até 3 vezes e que a partir dessa administração seria apenas utilizado 1 dos medicamentos. Foi então com alívio que a Sr.ª C pediu para realizar nova administração de analgesia pois as dores estavam a ser muito fortes.

Às 11h00, o efeito da analgesia já tinha passado as 2 horas desde a última administração, pelo que foi realizado novo toque obstétrico: apresentava colo fino, com cerca de 8 cm de dilatação, apresentação apoiada. Foi realizada repicagem do cateter epidural apenas com ropivacaína, segundo protocolo. Passados cerca de 10 minutos a Sr.ª C referiu alívio da dor.

Às 11h45, após avaliação de cervicometria, apresentava dilatação completa, pelo que iniciou esforços expulsivos.

Às 12h10, nasceu o Henrique, com 3645gr de peso, sem malformações aparentes, IA 9/10, por parto eutócico com episiotomia, realizado pela EESMO A e pela AESMO S, sob efeito de analgesia epidural. Após a expulsão foi colocado o recém-nascido em cima da mãe, promovendo a relação precoce entre a tríade. O corte do cordão umbilical foi efectuado pelo Sr. B. Alguns minutos depois, foram prestados cuidados imediatos ao recém-nascido pela EESMO A, não foi necessário efectuar aspiração de secreções, visto vias aéreas estarem desobstruídas, foi administrada vitamina K, colocadas pulseiras electrónicas e de identificação no RN na presença dos pais e vestida a primeira roupinha escolhida pelos mesmos. Não apresentou eliminações.

O parto decorreu sem intercorrências, sob efeito de analgesia epidural. A dequidatura decorreu naturalmente, pelo mecanismo de Duncan, ao fim de 15 minutos, com formação do globo de segurança de Pinard e perdas hemáticas vaginais em quantidade normal. Foi realizada visualização do canal vaginal, para verificar a sua integridade, apresentando para além da episiotomia uma pequena laceração de grau I do lado direito da parede vaginal, tendo sido efectuada sutura de ambas. Após a dequidatura iniciou perfusão de ocitocina 20 UI/ 500 ml de soro fisiológico.

Terminadas suturas, foram prestados cuidados de conforto à Sr.ª C e simultaneamente foi questionada se gostaria de amamentar quando terminasse os cuidados que estavam a ser prestados. A resposta foi afirmativa mas com verbalização do receio de ainda não ter leite para dar ao seu filho. Quando efectuada a expressão manual, apareceram pequenas gotículas de colostro no mamilo, com colocaram um sorriso e expressão de tranquilidade na face da Sr.ª C e Sr. B. De seguida foi posicionado o RN junto da mãe para ajudá-los a efectuar uma boa pega. Após alguns minutos de tentativas começou a haver sinais de bons reflexos do Henrique, tendo de seguida começado a mamar, para alegria da Sr.ª C.

Este momento fez transparecer no rosto do casal a felicidade que estavam a sentir naquele momento e também o orgulho que estavam a sentir em conseguir colocar em prática o que aprenderam no CPN/ P.

Poder ajudar o casal a aplicar técnicas que tinham sido exemplificadas e treinadas no CPN/ P, mas provavelmente pouco utilizada pelos mesmos, foi uma mais valia para a minha aprendizagem e claro para o alívio do desconforto que estava a ser sentido pela Sr.ª C.

Ainda verificamos que alguma da informação não é apreendida ou transmitida da forma correcta, criando algumas informações contraditórias à realidade. É necessário, a meu ver, validar mais junto aos utentes a informação que é fornecida.

Achei muito importante uma questão colocada pela Sr.ª C, enquanto estavam a ser prestados os cuidados imediatos ao Henrique, que foi perguntar qual tinha sido o Índice de Apgar no 1º minuto. Após ter sido informada que tinha sido 9, ficou tranquila.

Constatee assim que tinha havia preocupação dos pais ao longo da gravidez de pesquisar informação acerca da temática.

Consegui compreender o que o casal, e principalmente a Sr.ª C, estavam a sentir, pois é a amamentação a área que mais dúvidas provocam nos pais, principalmente os pais pela 1ª vez.

Mais uma vez acho que é um dos temas que deverá ser mais trabalhado nos CPN/ P, pois é nesta área que os pais vão ter mais dificuldade quando regressarem a casa e não têm uma ajuda constante dos profissionais de saúde.

Também é importante que continue a haver acompanhamento dos utentes no domicílio, visto ser nesse ambiente que são confrontados com algumas dificuldades difíceis de ultrapassar, devido à in experiência.

## PARTE REFLEXIVA

O trabalho realizado no período pré-parto com os pais é muito importante, pois é essa aprendizagem que irá suportar todo o trabalho de parto.

Mais uma vez constato que o trabalho realizado pelos enfermeiros ESMO na comunidade, é extremamente importante na preparação dos pais para as experiências de parto positivas e para a parentalidade. Através da revisão da literatura efectuada acerca da temática, verifiquei que existem dificuldades inerentes à parentalidade que são globais e independentemente da cultura que os utentes estão inseridos, estas dificuldades expressam-se em insegurança e incapacidade de resolver os obstáculos sem a ajuda de profissionais ou peritos. Logo também se torna muito importante investir no acompanhamento dos utentes no período pós-parto – puerpério – de uma forma mais abrangente, não só nos primeiros dias. Este tipo de trabalho é de excelência para os EESMO que trabalham na comunidade, nos cuidados de saúde primários, de forma a dar continuidade ao trabalho que é efectuado no pré-parto. É necessário também que esses cuidados sejam abrangentes e adequados às características que existem na nossa sociedade, visto encontrarmo-nos inseridos numa comunidade com diferentes culturas, pela influência da imigração existente no nosso país.

O casal referido neste diário de campo, teve oportunidade de frequentar o CPN/ P, com uma EESMO que conheceram durante a sua vigilância na UCSP, pelo que considero que foi estabelecida uma relação de empatia e a relação terapêutica importante para a aprendizagem adquirida e consequentemente a aplicabilidade das técnicas durante o trabalho de parto. Foi também transmitido pelo casal que após a alta já tinham sido informados que iria haver visita domiciliária após a alta hospitalar, para realização do diagnóstico precoce e acompanhamento necessário para a família.

Mais uma vez verifiquei que este casal conseguiu ir de encontro às expectativas esperadas, embora tenha havido algum lapso entre a informação fornecida e apreendida, no que diz respeito à analgesia epidural, que após esclarecimento foi superada a experiência menos positiva. Tal como é referido em alguns estudos consultados, a dor sentida é o factor menos importante no relato dos pais relativamente às experiências do parto.

Também verifiquei que existia algum receio relativamente à amamentação, pois como foi referido pela Sr.<sup>a</sup> C, o que é idealizado nem sempre se traduz na realidade, e apesar de a utente estar satisfeita e referir sentimentos positivos relativamente à amamentação, não é uma técnica isenta de dificuldades. Essas dificuldades habitualmente não são sentidas no meio hospitalar, pois o acompanhamento profissional está sempre presente, mas sim quando regressam a casa e a resolução de problemas nem sempre é linear, devido à influência de vários factores. O factor mais importante que é referido nos resultados dos estudos consultados é o confronto entre a aprendizagem efectuada com os profissionais de saúde nos CPN/ P e a transmissão de conhecimentos efectuada pelos familiares e sociedade, provocando assim dificuldade e ansiedade nos cuidados ao recém-nascido e cuidados no puerpério.

Assim mais uma vez reconheço a importância da preparação psicológica, para além da física, durante os CPN/ P. É a preparação psicológica que irá proporcionar e fortalecer a estrutura necessária para uma parentalidade responsável.



## **APENDICE VI**

### **Análise de Conteúdo dos Diários de Campo**



Categorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Contributo dos CPN/P	Conhecimentos Adquiridos	<i>“ (...) sentir-se preparada com os conhecimentos adquiridos no CPN/P (...)” – DC I</i>	4
		<i>“ (...) o autocontrolo, os cuidados prestados pela equipa de profissionais de saúde (...)” – DC III</i>	1
		<i>“ (...) aplicação de técnicas de respiração e relaxamento correctamente (...)”</i>	1
		<i>“ (...) O convivente significativo tenha referido que se não tivesse frequentado o curso de preparação para o nascimento/ parentalidade provavelmente não se sentiria preparado para estar presente naquela sala.” – DC II</i>	2
	<b>Sub-Total</b>		<b>8</b>
	Expectativas E Experiências De Parto	<i>“ (...) O casal tinha tido a oportunidade de frequentar CPN/ P, na UCSP que tinham realizado a vigilância da gravidez e com a EESMO que efectuou esse acompanhamento.” – DC II</i>	1
		<i>“ (...) As expectativas estavam relacionadas com a aplicação de técnicas de respiração e relaxamento correctamente (...)”</i>	1
		<i>“ O sentimento de culpa recaiu sobre a sua incapacidade de operacionalizar a aprendizagem adquirida nos CPN/P (...)” – DC I</i>	4
		<i>“ (...) o orgulho que estavam a sentir em conseguir colocar em prática o que aprenderam no CPN/ P.” – DC III</i>	1
		<i>“ (...) As expectativas que tinham para o parto ficaram um pouco aquém do que estava idealizado (...)” – DC I</i>	3
		<i>“ (...) Seu plano de parto tinha sido cumprido pelos profissionais de saúde, pelo que a Sr.<sup>a</sup> V respondeu que sim e também referiu que não teria conseguido se toda a equipa a não tivesse ajudado (...)” – DC II</i>	1
		<i>“ (...) após a colocação do cateter epidural (...), referir alívio da dor (...)” – DC III</i>	7
		<i>“ (...) O requisito que tinha para o seu parto era que o seu marido não estivesse presente no período expulsivo e só estivesse presente depois dela e do seu filho estarem arranjados.” – DC II</i>	2
	<b>Sub-Total</b>		<b>20</b>
	Acompanhamento pelo convivente significativo	<i>“ (...) Se gostaria da presença do convivente significativo, pelo que a resposta foi afirmativa.” – DC I</i>	6
<b>Sub-Total</b>			<b>6</b>
<b>TOTAL</b>			<b>34</b>

Categorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Competências dos EESMO	Vigilância do TP	<i>“ (...) Apoiar o casal neste momento de fragilidade emocional, tentando esclarecer que não depende só do seu desempenho (...)”</i>	5
		<i>“ (...) Ajudar o casal a aplicar técnicas que tinham sido exemplificadas e treinadas no CPN/ P (...)” – DC III</i>	6
		<i>“ (...) Elogios efectuados pelo casal acerca do acompanhamento efectuado no bloco de partos, pela equipa de profissionais de saúde, e claro pelos enfermeiros (...)” – DC II</i>	4
		<i>“ (...) Trabalho realizado pelos enfermeiros ESMO na comunidade, é extremamente importante na preparação dos pais (...)” – DC III</i>	4
	Sub-Total		19
	Aplicação de Estratégias não Farmacológicas	<i>“ A aplicação de técnicas de respiração e relaxamento estavam a ser efectuadas de forma correcta (...)” – DC III</i>	6
		<i>“ (...) Relembrar algumas estratégias que podem ser utilizadas por ambos no alívio da dor, tal como a massagem, a deambulação (...)” – DC II</i>	4
		<i>“ (...) Foi sugerido que utilizassem a massagem (...)” – DC III</i>	3
	Sub-Total		13
	Formação	<i>“ (...) Frequentou CPN/P, (...), leccionado por uma fisioterapeuta (...)” – DC I</i>	1
		<i>“ (...) Foi muito importante o curso ter sido leccionado por um EESMO (...)” – DC II</i>	3
		<i>“ (...) Frequentar CPN/ P, (...) com a EESMO que efectuou esse acompanhamento.” – DC II</i>	3
		<i>“ (...) Estes cursos são uma área da competência dos EESMO, pois são os mesmos detentores de um conhecimento mais abrangente e específico nesta área (...)” – DC I</i>	5
		<i>“ (...) Necessário por vezes reestruturar alguns CPN/P, com conhecimento do que é realmente necessário no bloco de partos (...)” – DC I</i>	2
		<i>“ (...) Realizando estudos que nos ajudem a reflectir acerca da prática diária e da melhoria dos nossos cuidados (...)” – DC I</i>	2
Sub-Total		16	
TOTAL		48	

## **APENDICE VI**

### **Planta do Bloco de Partos**

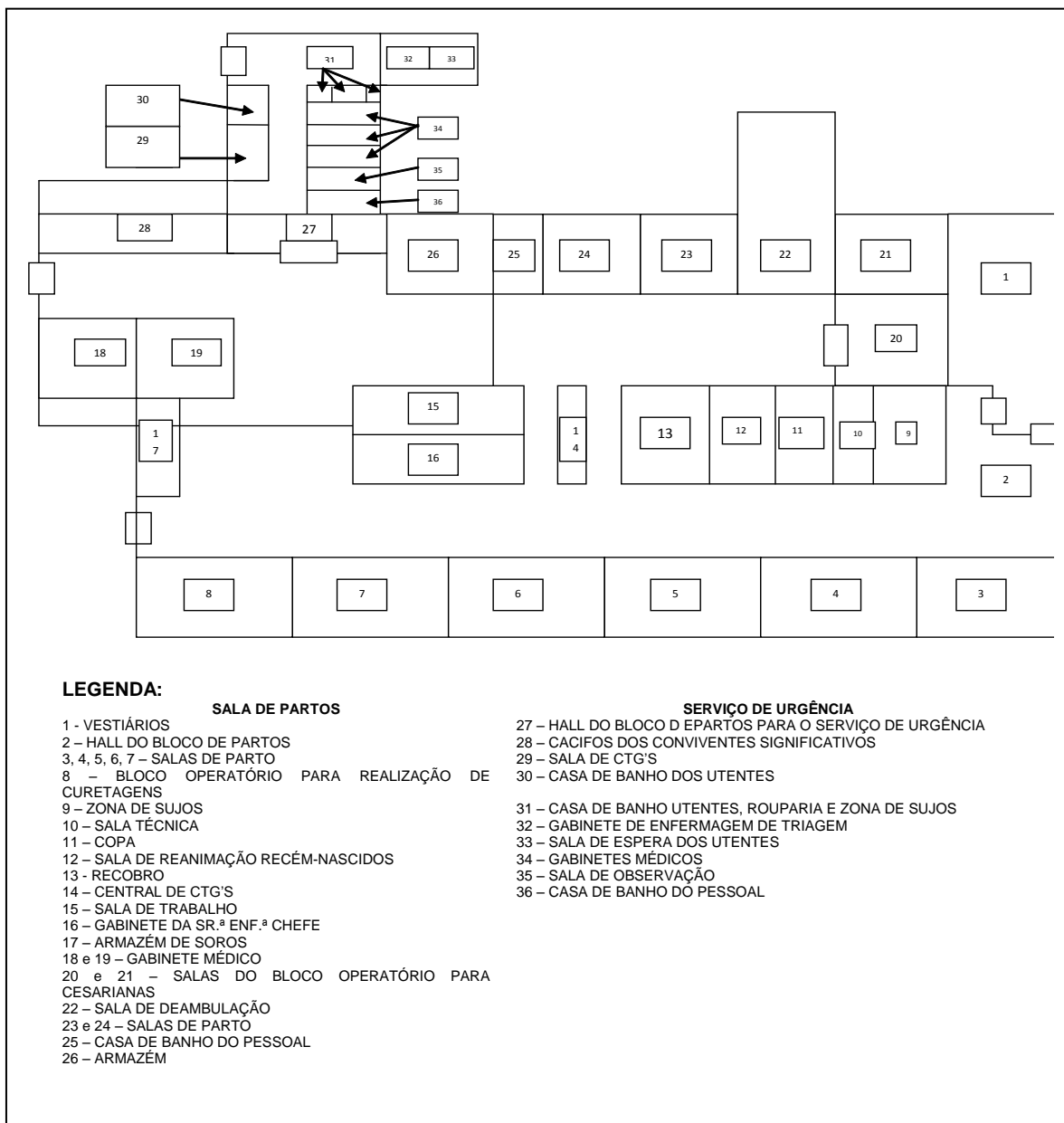


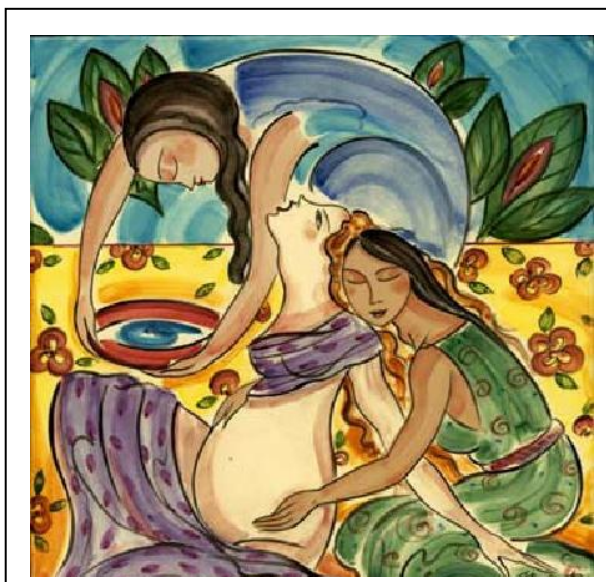
Figura 2 – Planta do Bloco de Partos

## **APENDICE VII**

### **Projecto de Estágio com Relatório**

*5º CURSO PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA*

*1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA*



*Contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade no  
Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 Estádios do Trabalho de  
Parto*

*Unidade Curricular Seminário de Investigação II*

*Estágio com Relatório*

*Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP de Cascais*

*Discente:  
Susana Frade*

*Docente Tutora:*

*Prof.<sup>a</sup> Helena Presado*

*Docente Orientador Ensino Clínico:*

*Prof. Mário Cardoso*

*Orientador do Local de Ensino Clínico:*

*FESMO Ana Esteves/ Paulo Bastos*

*Lisboa*

*Fevereiro 2011*

*“A mesma coisa que dá vontade de dançar a uns*

*Pode dar vontade de chorar a outros.”*

*Descartes*

## **ABREVIATURAS**

**CPLEESMO** – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

**EOE** – Estatuto da ordem dos Enfermeiros

**ICM** – International Confederation of Midwives

**EC IV** – Ensino Clínico IV

**Nº** - Número

**Art.º** - Artigo

**EX.** – Exemplo

**RN** – Recém-Nascido

**OL** – Orientador do Local de Ensino Clínico



## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO .....	5
1 – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO .....	14
1.1 – FINALIDADES E OBJECTIVOS .....	14
1.2 – METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO .....	14
2 - REFLEXÃO CRÍTICA.....	17
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
APÊNDICES.....	22
APÊNDICE I - Plano de Actividades a Desenvolver no Estágio com relatório .....	23
APÊNDICE II - Cronograma das actividades a desenvolver no decurso do Estágio com Relatório – Bloco de Partos do Hospital de Cascais .....	118

## 0 - INTRODUÇÃO

A Preparação para o Nascimento/Parentalidade encontra-se disponível para todas as grávidas, no 3º trimestre da gravidez, no decurso de uma gravidez de baixo risco e com a vigilância pré-natal adequada. A oferta é diversa, a nível público e privado, com os principais objectivos de preparar a utente/casal para: conhecimento acerca da anatomia e fisiologia da gravidez, amamentação, trabalho de parto e parto, puerpério, cuidados ao recém-nascido e parentalidade, de forma a minimizar a ansiedade e o medo, através do método psicoprofiláctico e estratégias não farmacológicas.

Actualmente os cursos são ministrados por diversos profissionais, embora esteja bem explícito no Parecer nº 44/2008, emitido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que é uma área da competência dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO):

*“Só aos detentores do título de enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, na área clínica da sua especialidade” (nº2, art.º7 do EOE). Os cursos de preparação para o parto inscrevem-se num contexto de formação não conferindo a habilitação para o exercício autónomo desta actividade aos enfermeiros sem especialidade nesta área.*

*Só aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna é reconhecida a competência de ministrar os cursos de preparação para o parto”.*

De acordo com o Regulamento das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, da Ordem dos Enfermeiros (aprovado em assembleia extraordinária desde 20 de Novembro de 2010), a 2ª competência descrita também refere que os programas de preparação para o nascimento/parentalidade são da responsabilidade dos EESMO:

*“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde”. (...) H2.1.7 “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”.*

Visto a área de intervenção, com a qual estou mais familiarizada, enquanto enfermeira generalista e futura EESMO, estar direccionada para os cuidados de saúde primários, senti que o acompanhamento realizado às utentes/família no período pré e

pós-natal encontrar-se incompleto, pois o meu conhecimento acerca do intra-parto ser apenas idealizado através das vivências descritas pelas mesmas. Adquirir competências no acompanhamento à grávida/casal/família no intra-parto, permite direccionar adequadamente os programas de preparação para o nascimento/parentalidade, que maioritariamente se encontram em desenvolvimento nos cuidados de saúde primários, de forma a dar resposta às reais necessidades e dificuldades vivenciadas e descritas pelas utentes/família.

Surgiu então a oportunidade de realizar um estágio com relatório que permitisse encontrar respostas, em tempo real, acerca do Contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor, durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto. O projecto será desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular - Seminário de Investigação II – do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/ 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sob a orientação da Professora Helena Presado – Tutora do Projecto. A orientação do Estágio com relatório será realizada pelo Prof. Mário Cardoso – Orientador da Escola e pelos EESMO's Ana Esteves e Paulo Bastos – Orientadores do Local.

A gravidez e o nascimento de um filho são uma fase de transição na vida de um casal e da sua família, exigindo uma reorganização e redefinição dos papéis de cada um. A gravidez está inerente ao ciclo vital da mulher (do homem), por isso é considerada um processo natural.

*“No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade” (MALDONATO, 1986: 19).*

No corpo da mulher ocorrem alterações fisiológicas, através de alterações hormonais e pressões mecânicas, de forma a proteger a fisiologia materna, a responder às necessidades metabólicas e ao desenvolvimento do feto. Por este motivo não se pode negligenciar a hipótese de surgirem problemas que necessitem de uma

vigilância rigorosa, para garantir o bem-estar materno e fetal. Para além das alterações físicas também estão presentes alterações psicológicas e sociais.

*“A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verifica-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis – a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente. No caso do primípara, a grávida além de filha e mulher passa a ser mãe; mesmo no caso da múltipara, verifica-se uma certa mudança de identidade, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois e assim por diante, porque com a vinda de cada filho toda a composição da rede de intercomunicação familiar se altera” (MALDONATO, 1986: 22).*

A transição de papéis e de identidade é vivenciada pelo homem, de forma semelhante, visto a paternidade também fazer parte do desenvolvimento emocional do homem.

Para Leal (2005:240), a transição para a parentalidade obedece a várias etapas do desenvolvimento, para atingir níveis organizacionais mais complexos, dependentes da aceitação da gravidez, da aceitação da realidade do feto, da aceitação do bebé como pessoa isolada, da reavaliação e reestruturação da relação com os pais e da relação com o companheiro, da reavaliação e reestruturação com a própria identidade e da relação com os outros filhos. Esta transição terá que ser avaliada consoante vários factores, pois o comportamento de cada indivíduo depende de características individuais, familiares e parentais, do contexto social, laboral, económico e da cultura onde se encontram inseridos.

Hernandez e Hutz (2009:416) citando Carter e Macgoldrick (2001) referem que a função parental é um conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais. Essa função será desempenhada pelo casal, que atinge um nível superior na hierarquia geracional (passam da geração mais nova para uma geração prestadora de cuidados à nova geração).

Nesta nova etapa da vida de um casal, a parentalidade assume liderança relativamente à conjugalidade, visto os papéis que ambos assumiram até então sofrerem alterações com a chegada de um novo elemento ao núcleo familiar. Para ultrapassar a transição inerente a este momento é necessário que o casal tenha um

relacionamento bem estruturado, de forma a criar uma aliança conjugal flexível e consequentemente uma aliança parental.

Almeida (2005:10) citando Minuchin (1982) refere que “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Assim perante mudanças internas e externas, de transformação, a família deverá ser capaz de se adaptar a todas estas mudanças sem perder continuidade”.

É da competência do EESMO o acompanhamento da grávida/família, num momento de fragilidade familiar implicada pela reestruturação. A vigilância pré-natal adequada, criação de projectos de apoio criativos e de suporte, acompanhamento no intra-parto e pós-parto, permite ao EESMO responder às necessidades dos utentes através da prestação de cuidados de alta qualidade. “A finalidade dos cuidados no período pré-natal é identificar a existência de factores de risco e outros desvios do normal para que a gravidez termine com êxito” (JOHNSON & NIEBYL, 2005 citados por LOWDERMILK & PERRY, 2006:253).

A formação académica sobre gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério e competências parentais, confere competências aos EESMO, para diagnosticar a gravidez, realizar a vigilância de uma gravidez de baixo risco, efectuar exames necessários à vigilância de uma gravidez normal, tal como se encontra descrito na Lei nº9/2009 de 4 de Março, art.º 39 (D.R 1ª Série, Nº 44, 1478). Quando detectados factores de risco, a vigilância passa a ser realizada em conjunto com uma equipa interdisciplinar.

Planear a educação pré-natal ao longo dos 3 trimestres de gravidez, proporciona uma melhor eficiência dos cuidados prestados pelos EESMO e consequentemente aumento da satisfação dos utentes receptores dos cuidados. As necessidades variam à medida que a gravidez evolui, sendo a educação planeada da seguinte forma: no 1º trimestre é necessário informar os utentes acerca da aceitação e adaptação à gravidez, periodicidade de consultas, exames complementares de diagnóstico, desenvolvimento da gravidez e crescimento fetal, desconfortos e complicações mais frequentes, estilos de vida saudáveis e regime alimentar aconselhado; no 2º trimestre informar acerca de todos os temas do 1º trimestre, aleitamento materno, plano de parto e preparação para o parto; no 3º trimestre abordar todos os assuntos referidos anteriormente, cuidados no pós-parto e ao recém-nascido.

A criação de projectos de apoio como terapias de grupo, cursos de preparação para o parto/nascimento/parentalidade, são importantes para os futuros pais, pois capacita-os para a realidade que se aproxima: o parto, o nascimento do bebé e a parentalidade. As dificuldades associadas a esta fase geram ansiedade, medo e angústia no casal: ansiedade de conhecer o filho, medo do trabalho de parto e da capacidade de cuidar do recém-nascido. As dificuldades referidas são geradas por desconhecimento das alterações fisiológicas e psicológicas provocadas pela gravidez, pelo desconhecimento do próprio corpo e pela insegurança característica deste período.

A educação para a saúde é por excelência uma excelente forma de transmissão de conhecimentos com intenção de proporcionar mudanças de comportamentais e de pensamento.

*“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (CARVALHO & CARVALHO, 2006:25 citando TONES & TILFORD, 1994:11).*

Para Carvalho & Carvalho (2006:23) “educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a saúde. Isto exige dinâmica de trabalho.”

Os cursos de preparação para o nascimento/parentalidade são exemplo de educação para a saúde, que conferem às grávidas/casal competências facilitadoras para o parto natural, recorrendo a estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

*“Os programas de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor ou psicoprofiláctico, implica aprendizagem de técnicas de desconstracção psicofisiológica no tratamento das dores de trabalho de parto de forma a poder minimizar-se o uso de anestesia ou da analgesia” (COUTO, 2003:67 citando ANKRETT, 1992:847).*

*“A dor do parto é socialmente aprendida através da tradição cultural e pode ser desaprendida através da formação de novas associações ou padrões de resposta. Desta forma, a educação para o parto ajudaria a mulher a desfazer a associação entre a contracção uterina e dor e aprender uma nova associação entre a contracção e resposta respiratória juntamente com o relaxamento muscular” (Maldonato, 1986:120).*

O método psicoprofiláctico é o método mais conhecido, que consiste em técnicas respiratórias e de relaxamento para controlo da dor provocada pelas contracções uterinas.

*“É possível reduzir a actividade cerebral com participação neuromuscular adequada, ensinando um condicionamento no relaxamento aos desconfortos das contracções uterinas. Trata-se principalmente em ritmar os movimentos respiratórios, lentos nos intervalos das contracções e muito acelerados e superficiais logo a seguir à subida do tónus contráctil uterino” (Mendes (1993:85) citado por Couto (2003:70).*

Os três métodos de preparação para o nascimento/parentalidade mais conhecidos são os de Dick-Read, Bradley e Lamaze. O objectivo principal é proporcionar à mulher conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da gravidez, o trabalho de parto, parto e pós-parto, aumentando a sua auto-confiança e treinando a mente e o corpo através das técnicas referidas no parágrafo anterior.

Na década dos anos 30, do século XX, o Dr. Grantly Dick-Read defendeu que a dor do trabalho de parto era mais intensa devido ao medo e à tensão. Ficou conhecido como o Método de Parto Natural, que “incluía a prática de três técnicas: exercício físico para preparar o corpo para o trabalho de parto, relaxamento consciente e padrões de respiração” (LOWDERMILK & PERRY, 2006:360). Pretendia-se assim que o medo e a tensão fossem substituídos pela compreensão e a confiança.

Nos anos 50, o Dr. Fernand Lamaze, implementa em França o método psicoprofiláctico, após ter participado numa conferência na Rússia. Este método foi desenvolvido por Nicolaiev e Welwoski em 1936, tendo por base a teoria de Pavlov sobre os reflexos condicionados, os quais chegaram à conclusão que reeducar as grávidas através de condicionamentos poderia ter efeitos positivos na redução da dor e do medo. Lamaze defendia que a dor era um reflexo condicionado, pelo que o método de ensino incidia sobre resposta condicionada das mulheres à dor das contracções



uterinas “através do relaxamento muscular controlado e de padrões respiratórios adequados, em substituição do choro e perda de controlo (LOWDERMILK & PERRY, 2006:360).

O método do parto assistido pelo marido desenvolvido pelo Dr. Robert Bradley, surge na década dos anos 60. Lowdermilk & Perry (2006:360) referem que este método foi baseado nas “observações do comportamento animal, durante o parto, e enfatiza a necessidade de trabalhar em harmonia com todo o corpo, utilizar o controlo da respiração, a respiração abdominal e o relaxamento corporal generalizado.

O método psicoprofiláctico chega a Portugal nos anos 50 (século XX), através de 3 médicos, Dr. Pedro Monjardino, Dr.<sup>a</sup> Cesina Bermudes (ambos obstetras) e Dr. Seabra Dinis (psiquiatra), após formação com Dr. Lamaze e Dr. Pierre Vellay (seguidor do Dr. Lamaze que deu continuidade ao seu trabalho após a sua morte) em França. O Hospital do Ultramar foi escolhido para iniciar os cursos que tiveram grande sucesso. Em 1963, Dr.<sup>a</sup> Graça Mexia, fisioterapeuta obstetra, realiza um estágio em França com os 2 médicos franceses referidos no parágrafo anterior e implementa o método em Lisboa. Em 1980, a Enfermeira Obstetra Celeste Pereira, actualmente médica Obstetra, inicia cursos de preparação para o nascimento/parentalidade no Porto.

Actualmente existem outras estratégias não farmacológicas para o controlo da dor no trabalho de parto, igualmente eficazes, e que podem ser incorporadas nos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade, tais como Contracção e Relaxamento, Técnicas Respiratórias, Effleurage e Contrapressão, Musicoterapia, Hidroterapia, Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea, Acupressão e Acupunctura, Hipnose, Biofeedback, Aromaterapia e Bloqueio intradérmico de água (LOWDERMILK & PERRY, 2006:360-367).

Surge assim, após a pesquisa bibliográfica, a questão que sustenta o trabalho a desenvolver:

***“Qual o Contributo dos Cursos de Preparação para o Nascimento/Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor, durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto?”***

Segundo Craig & Smyth (2004:25) “uma questão formulada cuidadosamente maximiza a possibilidade de evidência relevante de alta qualidade, ser identificada e incorporada apropriadamente no processo de tomada de decisão”.



De forma a encontrar resposta à questão formulada, é necessário desenvolver competências específicas aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, principalmente referentes ao acompanhamento das utentes/família durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, que se encontram descritas pela Ordem dos Enfermeiros e ICM. As actividades a desenvolver, de forma a adquirir as competências específicas, terão como quadro de referência o modelo teórico de Betty Neuman.

*O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interacção com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto (TOMEY & ALLIGOOD, 2002:337).*

Como é descrito por Tomey e Allygood (2002:337) o modelo de Neuman engloba três níveis de prevenção:

*“A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento”.*

É importante definir que Neuman considera *stressores* os estímulos produtores de tensão, que podem ser forças intrapessoais (ex. respostas condicionadas), interpessoais (ex. expectativas de função) e extrapessoais (ex. circunstâncias financeiras).

O modelo de sistemas de Neuman, considera o ser humano como único, com uma estrutura básica. Visto ser considerado um sistema aberto, existe uma interligação harmoniosa entre o ambiente e as variáveis fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais e do desenvolvimento.

*“O ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo de Sistemas (...) sendo a relação entre o ambiente e a pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente. Os stressores são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com*

*e alteram potencialmente a estabilidade do sistema...” (SILVA, 2008:40 citando FREESE, 2004).*

A escolha do modelo de Betty Neuman, surgiu pelo facto da abordagem sistémica do modelo de sistemas considerar o indivíduo como centro das referências conceptuais, adaptando-se a todas as áreas de prestação de cuidados dos EESMO, fundamentando o presente projecto, de forma a encontrar resposta à questão inicial: *“De que forma a Preparação para o Nascimento/Parentalidade contribui para o Controlo da Ansiedade e Dor, durante o Trabalho de Parto?”.*

Para o presente projecto foram definidos os seguintes objectivos:

- ✎ Elaborar projecto individual para o estágio com relatório;
- ✎ Enumerar os objectivos e actividades a desenvolver no Estágio com relatório de acordo com as competências adquiridas em ensinos clínicos anteriores e a adquirir no presente ensino clínico, tendo como referência as competências do ICM e da OE;
- ✎ Elaborar plano de actividades e indicadores de avaliação das competências;
- ✎ Elaborar o cronograma para o estágio com relatório.

O presente trabalho será iniciado com a introdução, na qual será identificada e justificada a problemática de partida, realizado o enquadramento teórico, enumerado o quadro de referência que orienta do projecto, definida a questão formulada e enumerados a finalidade e objectos do projecto. Seguir-se-á o planeamento do trabalho de campo que incluirá a finalidade e objectivos do relatório, definida a metodologia de trabalho, os resultados da pesquisa e limitações do estudo e elaborado cronograma para previsão e gestão de tempo. Por fim será realizada uma reflexão final de forma a avaliar as actividades propostas e o percurso percorrido até ao momento de término do projecto.

## 1 – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

*“O processo baseado na evidência decorre da questão colocada. Na investigação, o design do estudo e os métodos são determinados pelo que o investigador quer saber. É pela clarificação contínua da investigação que o investigador decide sobre o design do estudo, os métodos de investigação, a amostra da população, a intervenção e os resultados de interesse.” (CRAIG & SMYTH, 2004:28).*

### 1.1 – FINALIDADES E OBJECTIVOS

Pretende-se que o presente estudo contribua para a melhoria dos cuidados prestados pela estudante e EESMO, às utentes/RN/família no período pré-natal, pós-parto e principalmente durante os 4 estádios do trabalho de parto, respeitando a cultura e comunidade que se encontram inseridas, através da mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolvidos durante o CPLEESMO, desenvolvimento da capacidade de compreensão e resolução de situações novas e complexas respeitando as responsabilidades sociais, profissionais e éticas e desenvolvimento de capacidades de utilização de metodologia científica e transmissão de conhecimentos na sua prática diária.

As competências a desenvolver durante o Estágio com relatório, de acordo com as competências do EESMO da Ordem dos Enfermeiros e do ICM, são as seguintes:

- ☞ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré, intra e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal.

Foram delineados os seguintes objectivos, de acordo com a temática a ser estudada, a questão de partida *“Qual o Contributo dos Cursos de Preparação para o Nascimento/Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor, durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto?”* e aquisição de competências:

1. Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
2. Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família,

sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;

3. Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

## 1.2 – METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

Para encontrar resposta à questão inicialmente colocada pretende-se utilizar pesquisa bibliográfica através da revisão sistemática da literatura, e análise da mesma, de forma a justificar a evidência científica do estudo a realizar. Segundo Reis (2010:49) “a revisão da literatura resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e do problema da pesquisa escolhido”.

A revisão da literatura será efectuada nas bases de dados electrónicas CINHALL with full text, MEDLINE with full text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina, Academic Search Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews através EBSCO HOST e b-on (biblioteca do conhecimento online). As palavras-chave a utilizar na pesquisa serão: **preparação para parto/nascimento/ parentalidade, controlo da ansiedade e dor, trabalho de parto e parto.**

Como complementaridade à revisão sistemática da literatura, pretende-se incluir a observação directa, do comportamento das utentes/conviventes significativos, nos diferentes estádios do trabalho de parto. De forma a facilitar a recolha de informação e de a reflectir acerca das estratégias utilizadas no controlo da ansiedade e dor serão realizados diários de campo.

*“A observação científica não é a simples observação de fenómenos, pois a ciência não parte da observação destes fenómenos, mas sim da formulação de problemas sobre os mesmos (...). A observação directa propõe o estudo de factos aproveitando a dinâmica do local em termos materiais e humanos Este instrumento é muitas vezes utilizado conjuntamente com outros instrumentos de recolha de dados.” (REIS, 2010:79).*

Para além da observação directa, como referido anteriormente, será criada uma grelha de observação, de forma a colher informação a partir da questão formulada e de acordo com os objectivos delineados. Os resultados obtidos serão analisados e justificados com os resultados obtidos a partir da revisão sistemática da literatura

Para a selecção dos artigos e trabalhos encontrados na pesquisa, serão utilizados critérios de selecção: estudos quantitativos e qualitativos, publicados ou em fase de publicação, realizados na Europa de forma a adequar-se à realidade portuguesa, escritos em português, espanhol e inglês, mulheres grávidas/conviventes significativos com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos de idade, que tenham realizado ou não cursos de preparação para o nascimento/parentalidade na gravidez actual, cujo parto seja realizado no Bloco de Partos do Hospital de Cascais (durante o período de duração do Estágio com relatório). O planeamento das actividades a desenvolver será apresentado em anexo tal como a gestão de tempo prevista (**APÊNDICES I E II**).

## 2 - REFLEXÃO CRÍTICA

A escolha da temática, acerca da preparação para o nascimento/parentalidade, surgiu como uma necessidade e interesse da minha pessoa, em conhecer as reais dificuldades, que as utentes/convivente significativo se deparam durante os vários estádios de trabalho de parto. Realizar o estágio com relatório no bloco de partos foi a oportunidade de desenvolver uma pesquisa baseada na evidência acerca dos aspectos a melhorar na vigilância e cursos de apoio pré-natal, que fazem parte integrante da minha realidade profissional. O percurso profissional e académico percorrido até então tinha proporcionado um conhecimento muito restrito nesta área. A experiência em bloco de partos resume-se a observação enquanto aluna do curso de bacharelato e como mãe/utente, o que não reflecte de todo o conhecimento necessário para adquirir competências nesta área. Considero assim que esta experiência será um desafio com expectativas muito elevadas.

A prática baseada na evidência começa agora a ser utilizada pelos enfermeiros para avaliar de forma eficaz se os indicadores de saúde estão a ser atingidos em benefício dos utentes, em vez de causar prejuízo com as más práticas dos profissionais de saúde. Como nos refere Craig & Smyth (2004:7) “quando não há uma base sólida de evidência, o carácter da prática baseada na evidência deve, pelo menos, levar-nos a parar para reflectir sobre o impacto do que estamos a fazer em nome da saúde e o porquê”.

O projecto desenvolvido para Estágio com relatório, com o intuito de evidenciar as competências a atingir, enquanto futuro enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, na prestação de cuidados especializados às utentes/família no pré, intra e pós-parto, permitirá vivenciar uma grande variedade de experiências e saberes. Como é referido por Many & Guimarães (2006:11) “quando estamos a projectar-nos (...) estamos a imaginar, a planificar, a sonhar o nosso futuro”. Assim podemos afirmar que o “objectivo do trabalho de projecto é a aquisição de saberes através de uma pesquisa orientada” (MANY & GUIMARÃES, 2006:12). É também referido pelos mesmos autores que um projecto obedece várias fases e que as mesmas não são estanques, podendo sofrer alterações desde o projecto inicial até ao final (que será o relatório do EC IV).

*“O enfermeiro exerce hoje um conjunto de competências técnicas e relacionais que garantem a sua responsabilidade, amparando-se numa metodologia científica*

*ao prestar cuidados específicos ao cliente/pessoa, à família e sociedade”*  
(COUTO, 2003:19).

### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ALMEIDA, M. Elisa G. G. – **Quando dois se tornam três: reflexões acerca da formação de uma nova família a partir do impacto do nascimento do primeiro filho**. Rio de Janeiro: Unidade Católica do Rio de Janeiro, 2005. Monografia disponível em:  
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0060.pdf> *acedido a 01/02/2011*
- 📖 BURROUGHS, Arlene (1995) – **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-059-5
- 📖 CARVALHO, Amândio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4
- 📖 CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4
- 📖 COUTO, Germano (2003) – **Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-63-0
- 📖 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola.
- 📖 FORTIN, Marie-Fabienne (1996) – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X
- 📖 FRADE, S; GOUVEIA, I; PEREIRA, S.(2010) – **Preparação para o Nascimento versus Capacitação dos Pais para Cuidar do Recém-Nascido ao nível da Amamentação**. Lisboa: ESEL. Projecto de Investigação
- 📖 HERNANDEZ, José A.E; HUTZ, Cláudio S. – **Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional**. Porto Alegre. Psico, volume 40, nº 4 (Out/Nov 2009) p.414-421 disponível em:  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490>  
*acedido a 01/02/2011*



- 📖 LEAL, Isabel – **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. 2005. ISBN 972-754-235-2
- 📖 Lei nº 9/2009. **D.R 1ª Série**. Nº 44 (04/03/2009) 1478
- 📖 LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- 📖 MALDONADO, M.<sup>a</sup> Tereza P. (1986) – **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 8ª Edição. Petrópolis: Vozes.
- 📖 PACHECO, A; FIGUEIREDO, B; COSTA, R; PAIS, A. (2005) – **Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez**. Revista Portuguesa Psicossomática. Porto. ISSN 0874-4696. Vol. 7, Nº 1/2 (Janeiro/Dezembro). 7-41
- 📖 REIS, Felipa L. (2010) – **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado**. Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-000-4
- 📖 SILVA, Mário (2008) – **O Ser Humano e a adesão ao regime terapêutico, um olhar sistémico sobre o fenómeno**. Lisboa. Universidade Católica - Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem
- 📖 RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – **Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-52-2
- 📖 TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6
- 📖 <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx> [x](#) acedido a 27/01/2011

**Imagem da capa disponível em:**

<http://maternagemnatural.blogspot.com> acedida a 13/12/2010

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Plano de Actividades a Desenvolver no Estágio com Relatório**

## PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período **pré e pós-natal**, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os **4 estádios do trabalho de parto**, em **partos eutócicos, distócicos** e com patologia associada;
- ✓ Identificar quais os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e qual o **contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.**

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizar e Rever conhecimentos adquiridos no decurso do enquadramento teórico do CPLEESMO, de forma a prestar cuidados especializados relacionados com a saúde materna e obstetrícia, actuando com base nas responsabilidades éticas, profissionais e sociais na tomada de decisões;</li> <li>- Integração na equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e Serviço de Urgência do Hospital de Cascais;</li> <li>- Colher informações através de entrevistas informais com o OL, restantes elementos da equipa multidisciplinar, documentos existentes no serviço;</li> <li>- Conhecer circuito de admissão da utente/convivente significativo, no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Neonatologia e Internamento de Ginecologia e Obstetrícia;</li> <li>- Observar prestação de cuidados efectuados pelo EESMO orientador do local e restante equipa;</li> <li>- Realizar acolhimento à utente/convivente significativo no bloco de partos;</li> <li>- Proporcionar medidas de conforto à utente antes do início dos procedimentos descritos posteriormente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágio (Ensino Clínico IV) com duração de 17 de Janeiro a 1 de Julho de 2011;</li> <li>- Hospital Dr. José de Almeida – HPP de Cascais - Bloco de Partos</li> <li>- Observação directa da prestação de cuidados do EESMO orientador do local de ensino clínico – EESMO Ana Esteves e Paulo Bastos e restante equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que as utentes internadas no bloco de partos estejam acompanhadas por convivente significativo durante os vários estádios do trabalho de parto;</li> </ul>	<p><i>“Segundo Watson, o enfermeiro só pode atingir um alto nível de promoção de saúde, se assegurar um relacionamento de ajuda e confiança” (COUTO, 2003:29 citando CARVALHO, 1994).</i></p> <p><i>“O modo como a grávida antecipa o parto, determina muitas dimensões importantes do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência (parto), nomeadamente os seus medos e receios (...), o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, as pessoas que irá ou não ter presentes, entre outros aspectos.</i></p>

## PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convivente significativo;</li> <li>- Consultar a utente/convivente significativo acerca da participação em cursos de preparação para o nascimento/parentalidade e quais as expectativas;</li> <li>- Consultar utente/convivente significativo acerca do planeamento para o trabalho de parto e parto (quais as decisões que tomou relativamente ao seu parto e cuidados ao recém-nascido);</li> <li>- Consultar Boletim Individual de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizados durante o período pré-natal;</li> <li>- Informar utente/convivente significativo acerca de todos os procedimentos efectuados ao longo do internamento e evolução do trabalho de parto;</li> <li>- Verificar resultados analíticos relativamente a resultados das serologias relativamente à rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, hepatite B e C, HIV I e II, VDRL e pesquisa de estreptococos do grupo B no exsudado rectal e vaginal;</li> <li>- Puncionar acesso venoso periférico de bom calibre, colheita de sangue para análises e iniciar soroterapia, segundo prescrição médica e protocolos homologados,</li> <li>- Iniciar antibioterapia profiláctica, se infecção com estreptococos do grupo B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões com os Docentes: Prof.<sup>a</sup> Helena Presado e Prof. Mário Cardoso;</li> <li>- Reuniões com os EESMOS orientadores do local de estágio: Enf.<sup>a</sup> Ana Esteves e Enf.<sup>o</sup> Paulo Bastos</li> <li>- Reuniões com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe do Bloco de Partos</li> </ul>		<p><i>“A preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar ou diminuir a expectativa ansiosa (...). Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaboração com a equipa de saúde (...) reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso...” (COUTO, 2003:19-20 citando BENTO, 1992).</i></p>

### PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<p>comprovada analiticamente ou se resultados desconhecidos (se início de trabalho de parto) segundo prescrição médica e protocolos homologados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar antibioterapia profiláctica quando houver ruptura de membranas superior a 6 horas, segundo prescrição médica e protocolos homologados;</li> <li>- Avaliar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiotocográfica, durante o trabalho de parto;</li> <li>- Avaliar estágio e evolução do trabalho de parto;</li> <li>- Realizar exame bimanual para avaliação da cervicometria, pavimento pélvico, apresentação fetal, integridade da bolsa de águas e características do líquido amniótico;</li> <li>- Registo de todos os parâmetros avaliados no partograma e sistema informático;</li> <li>- Identificar situações de risco que alterem o bem-estar materno-fetal, encaminhar e comunicar à equipa multidisciplinar;</li> <li>- Comunicar às utentes/convivente significativo situações detectadas;</li> <li>- Comunicar e esclarecer cuidados especializados a prestar, procedimentos a efectuar consoante as necessidades detectadas;</li> <li>- Realizar colheita de produtos para realização de exames complementares de Diagnóstico;</li> </ul>	<p>-Protocolos e Normas homologados, existentes no serviço;</p> <p>- Boletim individual da grávida e exames efectuados durante a gravidez;</p> <p>-Pesquisa Bibliográfica acerca da temática;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que seja preservado o bem-estar materno/fetal, durante os vários estádios do trabalho de parto</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos conheçam e utilizem recursos/ estratégias não farmacológicas no controlo da ansiedade e dor;</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos conheçam e utilizem recursos/ estratégias farmacológicas no controlo da ansiedade e dor;</li> </ul>	<p><i>“ (...) O suporte e a informação acerca do parto e o apoio de pessoas significativas são necessidades básicas referidas não só pelas mulheres grávidas como também pelas equipas de enfermagem (PACHECO et al, 2005:10, citando KEEN-PAYNE e BOND, 1997).</i></p>

### PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar estado psicológico da utente/convivente significativo nos vários estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo, se necessário;</li> <li>- Disponibilizar esclarecimentos de dúvidas sempre que seja necessário;</li> <li>- Proporcionar estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, como deambulação, hidroterapia, musicoterapia, técnicas respiratórias e de relaxamento na bola de Pilates, entre outros;</li> <li>- Consultar utente acerca do desejo de recorrer a estratégias farmacológicas para alívio da dor;</li> <li>- Informar acerca das estratégias farmacológicas para alívio da dor;</li> <li>- Verificar existência de resultados analíticos necessários para a colocação de cateter epidural;</li> <li>- Realizar colheita de sangue, caso não existam resultados actualizados;</li> <li>- Contactar anestesia para realização de analgesia epidural, se reunidas condições analíticas e evolução do trabalho de parto favorável;</li> <li>- Preparar material para colocação de cateter epidural e colaborar na sua colocação pela anestesia;</li> <li>- Avaliação de parâmetros vitais antes e após administração de analgesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salas/Quartos do Bloco de Partos;</li> <li>- Material necessário para todos os procedimentos descritos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que as utentes/conviventes significativos utilizem as estratégias, adquiridas nos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade, de forma adequada no controlo e alívio da dor, nos vários estádios do trabalho de parto</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos conheçam a evolução do trabalho de parto, para controlo eficaz da ansiedade e dor e para um desempenho favorável durante o trabalho de parto;</li> </ul>	<p><i>Dado que muito do comportamento da mulher durante o parto é determinada pelo modo como previamente concebe esta experiência, importa saber e perceber melhor a forma como a mulher antecipa o parto, nomeadamente para a ajudar a preparar-se e a participar mais adequadamente no parto” (PACHECO et al, 2005:8-9).</i></p>

## PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
epidural; - Avaliação do bem-estar fetal antes, durante e após administração de analgesia epidural; - Realizar nova administração de analgesia através do cateter epidural, se reunidas condições (parâmetros vitais e cervicometria), segundo protocolo homologado e prescrição terapêutica; - Proporcionar à utente/convivente significativo um parto de acordo com o planeamento realizado no período pré-natal, se possível; - Colaborar com a utente/convivente significativo na aplicabilidade das estratégias referidas nos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade; - Preparação do material necessário para a realização de parto eutócico; - Preparação da mesa de reanimação para receção do recém-nascido no pós-parto; - Verificação do funcionamento de todo o material necessário para a receção e reanimação do recém-nascido; - Realizar, no mínimo, 40 partos eutócicos; - Promover vinculação precoce, através do contacto pele a pele, entre a díade/tríade; - Permitir corte do cordão umbilical pelo convivente significativo, se for esse o		- Que seja preservado o bem-estar materno/fetal, durante os vários estádios do trabalho de parto  - Que as utentes tenham alívio da dor durante os vários estádios do trabalho de parto;  - Que as utentes/conviventes significativos participem activamente durante os vários estádios do trabalho de parto, utilizando a aprendizagem adquirida nos cursos de preparação para a parentalidade;	<i>“O desejo de reduzir a ansiedade e o mal-estar associados ao parto, no sentido de minimizar os seus efeitos adversos, nomeadamente na qualidade da relação da mãe com o bebé, conduziu também ao desenvolvimento de vários métodos de preparação para o parto e controlo da dor, como a analgesia de parto e práticas de relaxamento, cujos efeitos positivos foram já testados” (PACHECO et al, 2005:10).</i>



### PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
seu desejo; - Realizar episiotomia, quando necessário; - Realizar colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem do grupo de sangue do recém-nascido quando grupo sanguíneo materno for do grupo 0 ou se for Rh- e para conservação de células estaminais, respeitando indicações do laboratório de conservação; - Verificar integridade da placenta e membranas amnióticas; - Verificar características e integridade do cordão umbilical; - Realizar revisão do canal vaginal e suturar lacerações se se verificar sua existência; - Realizar episiorrafia, sob efeito de anestesia local, se necessário; - Verificar formação do globo de segurança de Pinard; - Verificar características e quantidade das perdas hemáticas; - Informar equipa multidisciplinar, se evolução de trabalho de parto não for da competência do EESMO; - Colaborar com a equipa médica em situações de partos distócicos; - Prestar cuidados imediatos ao recém-nascido; - Registar hora de nascimento; - Receber o recém-nascido após laqueação do cordão umbilical; - Evitar que recém-nascido perca calor, através da secagem da pele,		- Que as utentes/conviventes significativos experienciem o parto como idealizado, se reunidas as condições;  - Que as utentes/conviventes significativos estabeleçam relação precoce com o recém-nascido logo após o nascimento, se possível;	<i>“Desde há muito que se tem tentado proporcionar uma vivência mais positiva da experiência de parto, principalmente a diminuição da intensidade de dor envolvidas, através da redução de níveis de ansiedade, o que é conseguido, por exemplo, pelo aumento da informação e pela promoção do contacto com pessoas significativas no parto” (PACHECO et al, 2005:10, citando FIGUEIREDO et al, 2002).</i>

### OBJETIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/otimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<p>estimulação tátil e colocação de lençol aquecido sobre o mesmo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Índice de Apgar (frequência cardíaca, respiração, coloração da pele, tonicidade muscular e irritabilidade reflexa) ao 1º, 5º e 10º minuto;</li> <li>- Verificar laqueação do cordão umbilical e existência de 3 vasos no mesmo;</li> <li>- Desobstruir vias aéreas através de aspiração de secreções;</li> <li>- Efectuar lavagem gástrica, quando houver presença de mecónio e sempre que se justificar;</li> <li>- Verificar existência de malformações anatómicas no RN;</li> <li>- Verificar existência de eliminação vesical/ intestinal;</li> <li>- Efectuar pesagem;</li> <li>- Colocar pulseiras de identificação e electrónicas, na presença da utente/convivente significativo;</li> <li>- Administrar vitamina K, segundo protocolo;</li> <li>- Colocação da 1ª roupa escolhida pela utente/convivente significativo;</li> <li>- Comunicar à equipa médica, se Índice de Apgar desfavorável;</li> <li>- Iniciar e colaborar na reanimação ao recém-nascido, quando necessário;</li> <li>- Transferir para a Unidade de Neonatologia, se houver indicação;</li> <li>- Proporcionar esclarecimentos acerca dos procedimentos efectuados ao recém-nascido e proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo;</li> </ul>		<p>- Preservar o bem-estar do recém-nascido nas primeiras 2 horas de vida;</p>          <p>- Que as utentes/conviventes significativos estejam informados de todos os procedimentos efectuados</p>	

## PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar registos de enfermagem, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados;</li> <li>- Transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente/RN, para o serviço de internamento de obstetrícia ou Serviço de Neonatologia (RN);</li> <li>- Promover amamentação precoce, nos primeiros 30 minutos, se for desejo da utente, e realizar educação para a saúde necessária;</li> <li>- Verificar sinais de boa pega, reflexos de sucção e deglutição;</li> <li>- Esclarecer dúvidas colocadas pela utente/convivente significativo;</li> <li>- Proporcionar cuidados no 4º estágio do trabalho de parto, à utente/RN;</li> <li>- Informar e colaborar com a equipa multidisciplinar quando detectadas complicações no puerpério imediato;</li> <li>- Transferir puérpera para Unidade de Cuidados Intensivos, se houver indicação;</li> <li>- Realizar registos de enfermagem relativamente à admissão, parto e puerpério imediato, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados;</li> <li>- Transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente, para o serviço de internamento de obstetrícia ou Unidade de Cuidados Intensivos;</li> </ul>		<p>ao recém-nascido;</p> <p>- Que os recém-nascidos sejam adaptados à mama nos primeiros 30 minutos de vida;</p> <p>- Que seja preservado o bem-estar materno e do RN no 4º estágio do trabalho de parto;</p>	<p><i>“O próprio sentido da humanização do nascimento é colocar a parturiente e o seu bebé como foco central do processo de parto. Apenas pelo conhecimento da opinião da mulher será possível adaptar os métodos de assistência e garantir um TP seguro e confortável. Nesse sentido, pensamos que uma atenção voltada para as necessidades específicas da parturiente pode ajudá-la a ter um TP e parto mais satisfatórios (ROCHA et al, 2005:11).”</i></p>

### PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### OBJECTIVOS:

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal e adaptação/optimização do RN à vida extra-uterina;
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os 4 estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- ✓ Identificar os comportamentos e estratégias utilizadas, pelas utentes/conviventes significativos, que realizaram CPN/P e o contributo da Preparação para o Nascimento/Parentalidade, no controlo da ansiedade e dor, durante os 4 estádios do TP.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar diários de campo, como reflexão acerca dos comportamentos e estratégias utilizadas pelas utentes/conviventes significativos, nos diferentes estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Realizar diários de aprendizagem de forma a reflectir acerca dos cuidados prestados durante Estágio com relatório;</li> <li>- Elaborar norma de procedimento de acordo com as necessidades do serviço;</li> <li>- Reunir com SR.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe e Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> ESMO orientadora do local de estágio acerca de tema pertinente para a elaboração da norma de procedimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação dos comportamentos das utentes/conviventes significativos</li> <li>- Grelha de análise dos diários de campo,, como registo dos comportamentos das utentes/conviventes significativos e competências dos EESMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria no acompanhamento proporcionado pelos EESMO durante os vários estádios do TP, no que diz respeito ao controlo da dor e ansiedade e aplicação de estratégias não farmacológicas;</li> </ul>	<p><i>“(…) Embora a actuação da enfermeira obstétrica seja reconhecida como importante e configure-se como mudança paradigmática no cuidado às mulheres, recém-nascidos e famílias, ainda existem lacunas de conhecimento acerca desta temática, exigindo novas discussões, reflexões e publicações que venham dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido por estes profissionais (VELHO e tal, 2009: 658)”</i></p>

## **APÊNDICE II**

**Cronograma das actividades a desenvolver no decurso do Estágio com  
Relatório – Bloco de Partos do Hospital de Cascais**

**CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO DECURSO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO – BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DE CASCAIS**

ACTIVIDADES	MESES	Outubro 2010	Novembro 2010	Dezembro 2010	Janeiro 2011	Fevereiro 2011	Março 2011	Abril 2011	Maió 2011	Junho 2011	Julho 2011	Setembro 2011
Identificação da Temática e Comunicação à Professora Regente da Unidade Curricular		Até dia 30										
Pesquisa Bibliográfica e Revisão Sistemática da Literatura												
Reunião Tutoriais				Dia 15	Dia 21	Dias 6, 9	Dia 24	Dia 19		Dia 30	Dia 20	
Elaboração do Projecto do Estágio com relatório												
Entrega de Projecto do Estágio com relatório						Até dia 6						
Reformulação e Entrega do Projecto do Estágio com relatório – Versão Final						Até dia 18						
Registo do Projecto do Estágio com relatório nos Serviços Académicos						28/2 ----	----4/3					
Elaboração de Diários de Aprendizagem												
Elaboração de Reflexões acerca da Observação do Comportamento e Estratégias das utentes/conviventes significativos, no controlo da ansiedade e dor												
Desenvolvimento de Competências propostas												
Avaliação das Competências adquiridas através de Indicadores												
Realização das Avaliações Formativas							21 a 25		2 a 6			
Elaboração do Relatório do Estágio												
Entrega do Relatório do Estágio											Até 8/7	
Reformulação e Entrega do Relatório do Estágio - Versão Final												
Realização da Avaliação Formativas e Sumativa							Dia 21		Dia 12	Dia 22		
Apresentação e Discussão Pública do Relatório do Estágio												

## **APENDICE VIII**

### **Competências Adquiridas e Resultados Obtidos**

PLANO DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizar e Rever conhecimentos adquiridos no decurso do enquadramento teórico do CPLEESMO, de forma a prestar cuidados especializados relacionados com a saúde materna e obstetrícia, actuando com base nas responsabilidades éticas, profissionais e sociais na tomada de decisões;</li> <li>- Integração na equipa multidisciplinar do Bloco de Partos/ Serviço de Urgência e Unidade de Neonatologia/ Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos do Hospital de Cascais;</li> <li>- Colher informações através de reuniões com o OL, restantes elementos da equipa multidisciplinar, documentos existentes no serviço;</li> <li>- Conhecer circuito de admissão da utente/convivente significativo, no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Neonatologia e Internamento de Ginecologia e Obstetrícia;</li> <li>- Observar prestação de cuidados efectuados pelo EESMO orientador do local e restante equipa;</li> <li>- Realizar acolhimento à utente/convivente significativo no bloco de partos;</li> <li>- Proporcionar medidas de conforto à utente antes do início dos procedimentos descritos posteriormente;</li> <li>- Informar utente acerca da presença do convivente significativo à sua escolha e permanência do mesmo durante o trabalho de parto, se for esse o seu desejo;</li> <li>- Realizar anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convivente significativo;</li> <li>- Consultar a utente/convivente significativo acerca da participação em cursos de preparação para o nascimento/parentalidade e quais as expectativas;</li> <li>- Consultar utente/convivente significativo acerca do planeamento para o trabalho de parto e parto (quais as decisões que tomou relativamente ao seu parto e cuidados ao recém-nascido);</li> <li>- Consultar Boletim Individual de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizados durante o período pré-natal;</li> <li>- Informar utente/convivente significativo acerca de todos os procedimentos efectuados ao longo do internamento e evolução do trabalho de parto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que as utentes internadas no bloco de partos estejam acompanhadas por convivente significativo durante os vários estádios do trabalho de parto;</li> </ul>	<p>A integração proporcionada por todos os elementos das referidas equipas foi facilitadora no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências;</p> <p>Foram efectuadas reuniões com a OL, enfermeiras chefes dos referidos serviços, restantes elementos das equipas multidisciplinares, consulta de protocolos de forma a conhecer o funcionamentos dos serviços onde se realizaram o estágio e de forma a conhecer o circuito de admissão dos utentes (como se encontra descrito neste capítulo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram acompanhadas, no bloco de partos, um total de 134 mulheres/conviventes significativos;</li> <li>- Realizadas 26 admissões de mulheres/conviventes significativos no bloco de partos ao longo do estágio e efectuados os procedimentos protocolados;</li> <li>- Em todas as admissões realizadas, foram proporcionados momentos de relaxamento com musicoterapia, banho com chuveiro, diminuição da luminosidade, de acordo com o consentimento da utente;</li> </ul>



PLANO DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar resultados analíticos relativamente a resultados das serologias relativamente à rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, hepatite B e C, HIV I e II, VDRL e pesquisa de estreptococos do grupo B no exsudado rectal e vaginal;</li> <li>- Puncionar acesso venoso periférico de bom calibre, colheita de sangue para análises e iniciar soroterapia, segundo prescrição médica e protocolos homologados;</li> <li>- Iniciar antibioterapia profiláctica, se infecção com estreptococos do grupo B comprovada analiticamente ou se resultados desconhecidos (se início de trabalho de parto) segundo prescrição médica e protocolos homologados;</li> <li>- Iniciar antibioterapia profiláctica quando houver ruptura de membranas superior a 6 horas, segundo prescrição médica e protocolos homologados;</li> <li>- Avaliar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiotocográfica, durante o trabalho de parto;</li> <li>- Avaliar estágio e evolução do trabalho de parto;</li> <li>- Realizar exame bimanual para avaliação da cervicometria, pavimento pélvico, apresentação fetal, integridade da bolsa de águas e características do líquido amniótico;</li> <li>- Registo de todos os parâmetros avaliados no partograma e sistema informático;</li> <li>- Identificar situações de risco que alterem o bem-estar materno-fetal, encaminhar e comunicar à equipa multidisciplinar;</li> <li>- Comunicar às utentes/convivente significativo situações detectadas;</li> <li>- Comunicar e esclarecer cuidados especializados a prestar, procedimentos a efectuar consoante as necessidades detectadas;</li> <li>- Realizar colheita de produtos para realização de exames complementares de diagnóstico;</li> <li>- Avaliar estado psicológico da utente/convivente significativo nos vários estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo, se necessário;</li> <li>- Disponibilizar esclarecimentos de dúvidas sempre que seja necessário;</li> <li>- Proporcionar estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, como deambulação, hidroterapia, musicoterapia, técnicas respiratórias e de relaxamento na bola de Pilates, entre outros;</li> <li>- Consultar utente acerca do desejo de recorrer a estratégias farmacológicas para alívio da dor;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que seja preservado o bem-estar materno/fetal, durante os vários estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Que as mulheres/conviventes significativos conheçam a evolução do trabalho de parto, para controlo eficaz da ansiedade e dor e para um desempenho favorável durante o trabalho de parto;</li> <li>- Que as mulheres/conviventes significativos conheçam e utilizem recursos/ estratégias farmacológicas no controlo da ansiedade e dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apenas 4 mulheres optaram por não estarem acompanhadas pelos conviventes significativos durante o 2º e 3º estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Apenas 10 mulheres/conviventes significativos realizaram CPN/P;</li> <li>- Foi garantida sempre a vigilância do bem-estar materno-fetal e comunicadas à equipa médica as alterações registadas no CTG e as alterações após o exame físico;</li> <li>- Realizados todos os registos da evolução do TP no partograma e no programa informático;</li> <li>- Todos os procedimentos efectuados e todas as alterações registadas foram comunicados às mulheres/conviventes significativos ao longo do TP, tal como o esclarecimento das dúvidas colocadas por ambos;</li> <li>- As mulheres/conviventes significativos que realizaram CPN/P aplicavam estratégias não farmacológicas correctamente, apesar de haver por períodos de descontrolo e referência da não eficácia das estratégias utilizadas, pelo que foi lembrada a aprendizagem realizada e proporcionadas outras estratégias para controlo da ansiedade e dor (bola de Pilates, deambulação, massagem);</li> </ul>

PLANO DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar acerca das estratégias farmacológicas para alívio da dor;</li> <li>- Verificar existência de resultados analíticos necessários para a colocação de cateter epidural;</li> <li>- Realizar colheita de sangue, caso não existam resultados actualizados;</li> <li>- Contactar anestesia para realização de analgesia epidural, se reunidas condições analíticas e evolução do trabalho de parto favorável;</li> <li>- Preparar material para colocação de cateter epidural e colaborar na sua colocação pela anestesia;</li> <li>- Avaliação de parâmetros vitais antes e após administração de analgesia epidural;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal antes, durante e após administração de analgesia epidural;</li> <li>- Realizar nova administração de analgesia através do cateter epidural, se reunidas condições (parâmetros vitais e cervicometria), segundo protocolo homologado e prescrição terapêutica;</li> <li>- Proporcionar à utente/convivente significativo um parto de acordo com o planeamento realizado no período pré-natal, se possível;</li> <li>- Colaborar com a utente/convivente significativo na aplicabilidade das estratégias referidas nos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade;</li> <li>- Preparação do material necessário para a realização de parto eutócico;</li> <li>- Preparação da mesa de reanimação para recepção do recém-nascido no pós-parto;</li> <li>- Verificação do funcionamento de todo o material necessário para a recepção e reanimação do recém-nascido;</li> <li>- Realizar, no mínimo, 40 partos eutócicos;</li> <li>- Promover vinculação precoce, através do contacto pele a pele, entre a díade/tríade;</li> <li>- Permitir corte do cordão umbilical pelo convivente significativo, se for esse o seu desejo;</li> <li>- Realizar episiotomia, quando necessário;</li> <li>- Realizar colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem do grupo de sangue do recém-nascido quando grupo sanguíneo materno for do grupo 0 ou se for Rh- e para conservação de células estaminais, respeitando indicações do laboratório de conservação;</li> <li>- Verificar integridade da placenta e membranas amnióticas;</li> <li>- Verificar características e integridade do cordão umbilical;</li> <li>- Realizar revisão do canal vaginal e suturar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que as mulheres/conviventes significativos utilizem as estratégias, adquiridas nos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade, de forma adequada no controlo e alívio da dor, nos vários estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Que seja preservado o bem-estar materno/fetal, durante a colocação do cateter epidural;</li> <li>- Que as utentes tenham alívio da dor durante os vários estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos participem activamente durante os vários estádios do trabalho de parto, utilizando a aprendizagem adquirida nos cursos de preparação para a parentalidade;</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos experienciem o parto como idealizado, se reunidas as condições;</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos estabeleçam relação precoce com o recém-nascido logo após o nascimento, se possível;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram proporcionados esclarecimentos às mulheres/conviventes significativos acerca da colocação de cateter epidural e administração de analgesia ao longo do TP, tendo 3 mulheres que inicialmente recusaram recorrer a analgesia epidural, alterado a sua opinião acerca da mesma, decidindo utilizar este tipo de analgesia;</li> <li>- 44 do total das mulheres acompanhadas no bloco de partos recorreram a analgesia epidural;</li> <li>- 7 das mulheres necessitaram apenas de anestesia local no momento da episiorrafia ou sutura das lacerações;</li> <li>- 3 das mulheres não utilizaram qualquer tipo de analgesia no período expulsivo, apenas no 4º estágio do TP;</li> <li>- Sempre que reunidas as condições, foram realizadas as repicagens de acordo com o protocolo utilizado;</li> <li>- Foram utilizadas estratégias durante o 2º e 3º estágio do TP em conjunto com a mulher/convivente significativo, no sentido de otimizar a aprendizagem adquirida no pré e no intra-parto e a experiência de parto;</li> </ul>

PLANO DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
<p>lacerações se se verificar sua existência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar episiorrafia, sob efeito de anestesia local, se necessário;</li> <li>- Verificar formação do globo de segurança de Pinard;</li> <li>- Verificar características e quantidade das perdas hemáticas;</li> <li>- Informar equipa multidisciplinar, se evolução de trabalho de parto não for da competência do EESMO;</li> <li>- Colaborar com a equipa médica em situações de partos distócicos;</li> <li>- Prestar cuidados imediatos ao recém-nascido;</li> <li>- Registrar hora de nascimento;</li> <li>- Receber o recém-nascido após laqueação do cordão umbilical;</li> <li>- Evitar que recém-nascido perca calor, através da secagem da pele, estimulação táctil e colocação de lençol aquecido sobre o mesmo;</li> <li>- Avaliar Índice de Apgar (frequência cardíaca, respiração, coloração da pele, tonicidade muscular e irritabilidade reflexa) ao 1º, 5º e 10º minuto;</li> <li>- Verificar laqueação do cordão umbilical e existência de 3 vasos no mesmo;</li> <li>- Desobstruir vias aéreas através de aspiração de secreções;</li> <li>- Efectuar lavagem gástrica, quando houver presença de mecónio e sempre que se justificar;</li> <li>- Verificar existência de malformações anatómicas no RN;</li> <li>- Verificar existência de eliminação vesical/ intestinal;</li> <li>- Efectuar pesagem;</li> <li>- Colocar pulseiras de identificação e electrónicas, na presença da utente/convivente significativo;</li> <li>- Administrar vitamina K, segundo protocolo;</li> <li>- Colocação da 1ª roupa escolhida pela utente/convivente significativo;</li> <li>- Comunicar à equipa médica, se Índice de Apgar desfavorável;</li> <li>- Iniciar e colaborar na reanimação ao recém-nascido, quando necessário;</li> <li>- Transferir para a Unidade de Neonatologia, se houver indicação;</li> <li>- Proporcionar esclarecimentos acerca dos procedimentos efectuados ao recém-nascido e proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo;</li> <li>- Realizar registos de enfermagem, de forma a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservar o bem-estar do recém-nascido nas primeiras 2 horas de vida;</li> <li>- Que as utentes/conviventes significativos estejam informados de todos os procedimentos efectuados ao recém-nascido;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram realizados 45 partos eutócicos e assistidos 14 partos distócicos: 6 partos por ventosa, 3 por ventosa+fórceps e 5 cesarianas;</li> <li>- A maioria dos conviventes significativos realizaram corte do cordão umbilical, inclusive uma das mulheres que optou por não ter presente o convivente significativo no 2º e 3º estágio do TP, a própria cortou o cordão umbilical;</li> <li>- Foram realizadas 20 colheitas de sangue para tipagem do RN e 4 colheitas de sangue para colheita de células estaminais do sangue do cordão umbilical e das 4 colheitas 2 incluíam colheita do cordão umbilical;</li> <li>- Sempre que possível foi promovida a vinculação precoce entre a díade/tríade. Apenas nas situações de instabilidade do recém-nascido, a vinculação foi efectuada após estabilização do mesmo;</li> <li>- Foram realizadas 36 episiotomias, suturadas 12 lacerações de I, II graus e 3 períneos íntegros;</li> <li>- Foram prestados cuidados imediatos a 14 RN, efectuando todos os procedimentos protocolados;</li> <li>- Foram prestados cuidados a 50</li> </ul>

PLANO DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
<p>promover continuidade dos cuidados prestados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente/RN, para o serviço de internamento de obstetrícia ou Serviço de Neonatologia (RN);</li> <li>- Promover amamentação precoce, nos primeiros 30 minutos, se for desejo da utente, e realizar educação para a saúde necessária;</li> <li>- Verificar sinais de boa pega, reflexos de sucção e deglutição;</li> <li>- Esclarecer dúvidas colocadas pela utente/convivente significativo;</li> <li>- Proporcionar cuidados no 4º estágio do trabalho de parto, à utente/RN;</li> <li>- Informar e colaborar com a equipa multidisciplinar quando detectadas complicações no puerpério imediato;</li> <li>- Transferir puérpera para Unidade de Cuidados Intensivos, se houver indicação;</li> <li>- Realizar registos de enfermagem relativamente à admissão, parto e puerpério imediato, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados;</li> <li>- Transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente, para o serviço de internamento de obstetrícia ou Unidade de Cuidados Intensivos;</li> <li>- Observar e Prestar cuidados a recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia;</li> <li>- Realizar diários de campo, como reflexão acerca dos comportamentos e estratégias utilizadas pelas utentes/conviventes significativos, nos diferentes estádios do trabalho de parto;</li> <li>- Realizar diários de aprendizagem de forma a reflectir acerca dos cuidados prestados durante Estágio com relatório;</li> <li>- Elaborar norma de procedimento de acordo com as necessidades do serviço;</li> <li>- Reunir com SR.ª Enf.ª Chefe e Sr.ª Enf.ª ESMO orientadora do local de estágio acerca de tema pertinente para a elaboração da norma de procedimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que os recém-nascidos sejam adaptados à mama nos primeiros 30 minutos de vida;</li> <li>- Que seja preservado o bem-estar materno e do RN no 4º estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Melhoria no acompanhamento proporcionado pelos EESMO durante os vários estádios do TP, no que diz respeito ao controlo da dor e ansiedade e aplicação de estratégias não farmacológicas;</li> </ul>	<p>puérperas e RN, no 4º estágio do TP, não tendo sido detectadas alterações neste período, pelo que foram transferidas para o serviço de obstetrícia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram prestados cuidados a 17 recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia;</li> <li>- Realizados 3 diários de campo resultantes da observação directa dos comportamentos das mulheres/ conviventes significativos ao longo dos 4 estádios do TP (as conclusões encontram-se descritas no capítulo II, ponto 6);</li> <li>- Realizados 3 diários de aprendizagem: 1 referente à experiência na unidade de neonatologia e 2 referentes a situações vividas no bloco de partos;</li> <li>- Após reunião com a Sr.ª Enf.ª Chefe e OL, foi elaborada uma norma de procedimento sobre Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia, visto ser uma necessidade do serviço e um contributo para o processo de aprendizagem;</li> </ul>

## **APENDICE IX**

### **Avaliações do Estágio com Relatório**

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE**  
**MATERNA E OBSTETRÍCIA**  
**(5º CPLEESMO)**

**FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**LOCAL DO ESTÁGIO BLOCO PARTOS HPP CASCAIS**

**DATAS: INÍCIO 17 JAN 2011 FIM 01 JUN 2011**

**ESTUDANTE SUSANA FRADE**

**ENFERMEIRO ORIENTADOR ENFº ESMO PAULO BASTOS / ENFª ESMO ANA ESTEVES**

**DOCENTE ORIENTADOR ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO**

**ASSINATURAS**

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data 21/03/2011	Data 12/05/2011	Data	Data 22/06/2011
Estudante	Susana Frade	Susana Frade		Susana Frade
Enfermeiro Orientador	Ana Esteves	Ana Esteves		Ana Esteves
Docente Orientador	Mário Cardoso	Mário Cardoso		Mário Cardoso

**CLASSIFICAÇÃO FINAL EXCELENTE**



DATA: 21, 03, 2011

Indicadores para Avaliação	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
<b>Nível Atingido</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X
Elabora projecto pertinente e adequado			X							X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X							X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação inicial</li> <li>Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>Planeamento das intervenções</li> <li>Avaliação/eventual reformulação</li> <li>Promoção continuidade cuidados</li> </ul>			X							X
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família			X							X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			X							X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>			X						X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>			X							X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X							X
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas		X								X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.		X								X
Analisa e discute as situações vividas		X								X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assiduidade e pontualidade</li> <li>Assertividade</li> <li>Assunção do seu processo formativo</li> <li>Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>			X							X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

*Maureen*

DATA: 12, 05, 2011

Indicadores para Avaliação	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X
Elabora projecto pertinente e adequado				X						X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X						X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação Inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				X						X
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				X						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>				X						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				X						X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados				X						X
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X						X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X						X
Analisa e discute as situações vividas				X						X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>				X						X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)



*Substituído  
por  
Mário*

DATA: 22/06/2011

Indicadores para Avaliação	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
<b>Nível Atingido</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X						X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X						X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação inicial</li> <li>Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>Planeamento das intervenções</li> <li>Avaliação/eventual reformulação</li> <li>Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				X						X
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal				X						X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				X						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido				X					X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal				X						X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				X						X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados				X						X
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X						X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X						X
Analisa e discute as situações vividas				X						X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados					X					X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assiduidade e pontualidade</li> <li>Assertividade</li> <li>Assunção do seu processo formativo</li> <li>Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>					X					X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

Estudante: **SUSANA FRADE**

Estágio com Relatório		Docente				
Nível Atingido		Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>						
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico						X
Elabora projecto pertinente e adequado						X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades						X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação inicial</li> <li>Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>Planeamento das intervenções</li> <li>Avaliação/eventual reformulação</li> <li>Promoção continuidade cuidados</li> </ul>						X
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal						X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>						X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados						X
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas						X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.						X
Analisa e discute as situações vividas						X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assiduidade e pontualidade</li> <li>Assertividade</li> <li>Assunção do seu processo formativo</li> <li>Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional</li> <li>Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>						X

O DOCENTE: ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO

Data: 22/06/2011

*Mário Cardoso*

22062011

### APRECIAÇÃO GLOBAL

#### ESTUDANTE

O estágio com relatório, realizado no bloco de Parais do HPP casais, proporcionou um momento de aprendizagem próprio para o desenvolvimento de competências das enfermeiras especialistas de Serviço Inten.

O acompanhamento e orientação proporcionados pela EESN Ana Estêves foram uma mais valia para o processo de aprendizagem.

#### ENFERMEIRO ORIENTADOR

A Enfermeira Susana Frade demonstrou ao longo de todo o estágio elevada capacidade de Resolução dos problemas apresentados, bem como uma excelente capacidade de auto-avaliação, reconhecendo a crítica como um efeito benéfico da sua aprendizagem.

Fernandes



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

(5º CPLEESMO)

**FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**LOCAL DO ESTÁGIO BLOCO PARTOS HPP CASCAIS**

**DATAS: INÍCIO 17 JAN 2011 FIM 01 JUL 2011**

**ESTUDANTE SUSANA FRADE**

**ENFERMEIRO ORIENTADOR ENFº ESMO PAULO BASTOS**

**ENFª ANA ESTEVES**

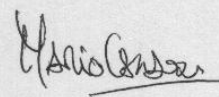
**DOCENTE ORIENTADOR ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO**

A estudante Susana Frade revelou uma excelente capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico. O seu projecto foi adequado e pertinente. Demonstrou excelente autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades. Também promoveu a um nível excelente a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados, assim como processos de educação em saúde ao indivíduo / família. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal a um nível excelente. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido a um nível muito bom. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal a um nível excelente. Demonstra excelente autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados. Revelou excelente capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem e analisa e discussão das situações vividas. Demonstrou excelentes atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados.

Avaliações Formativas 21 Março 2011 e 12 Maio 2011.

Avaliação Final 22 Junho 2011.

Face ao seu desempenho a classificação final é de Excelente.

  
01.07.2011

## **APENDICE X**

### **Diários de aprendizagem**



*5º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia*

*1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*

## *Diário de Aprendizagem I*

*Unidade de Neonatologia do Hospital Dr. José de Almeida – HPP de Cascais*

*Orientador da Escola:*

*Prof. Mário Cardoso*

*Elaborado por:*

*Susana Frade*

*Orientadora do Local de Ensino Clínico:*

*FESMO Paulo Bastos*

*Lisboa*

*Março 2011*



*“Não queremos perder, nem deveríamos perder:  
Saúde, pessoas, posição, dignidade ou confiança.  
Mas perder e ganhar faz parte do  
Nosso processo de humanização”.*

*Lya Luft*



## **ABERVIATURAS**

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

CPLEESMO – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Nº - Número

RN – Recém-nascido

## **DIÁRIO DE APRENDIZAGEM SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

Como parte integrante da experiência do estágio com relatório, a decorrer no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP de Cascais, desde 19 de Janeiro de 2011, com duração prevista de 20 semanas, sob a orientação do Docente Mário Cardoso e do Orientador do Local EESMO Paulo Bastos, foi calendarizada uma semana de observação na Unidade de Neonatologia do referido hospital. Esta experiência foi vivenciada na semana de 28 de Fevereiro a 4 de Março de 2011, com a orientação da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Patrícia Pereira.

A importância do conhecimento do percurso dos recém-nascidos no pós-parto, quando surgem situações que carecem de um acompanhamento mais especializado e encaminhamento para uma Unidade de Neonatologia, é de extrema importância para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EESMOG), visto os cuidados abrangidos pelos mesmos se alargarem até aos 28 dias de vida do recém-nascido. Os EESMOG encontram descrito no Regulamento das Competências (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 7), na competência nº 4, nas alíneas H4.1 e H4.2, o seguinte:

*“H4.1 - Promove a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-parto;*

*H4.2 - Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.”*

Para um encaminhamento adequado à situação detectada é necessário ter conhecimento acerca dos limites de actuação de cada profissional especializado. O diagnóstico precoce de qualquer situação de risco, previne o acontecimento indesejado de situações irreversíveis.

Assim o conhecimento dos cuidados prestados pelos enfermeiros numa Unidade de Neonatologia ajudou-me a articular melhor a prática e os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do enquadramento teórico do CPLEESMO. Também permitiu-me analisar e reflectir de outra perspectiva os cuidados prestados à puerpera e recém-nascido no pós-parto imediato.

A situação que me ajudou a reflectir acerca da nossa prática profissional diária, foi o facto da indignação e constrangimento sentidos pela equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia, um dia após um acontecimento inesperado na referida Unidade: a morte de um recém-nascido! Para além de ser a primeira perda na unidade

desde a sua abertura (há 1 ano atrás), também foi uma perda de um recém-nascido, sem malformações e sem causas aparentes.

Embora não tenha sido por mim prestados cuidados pré, intra e pós-parto, os cuidados imediatos prestados e a perda do RN, o que consegui compreender do sucedido, o parto foi efectuado com recurso a ventosa tendo decorrido como esperado, quando é necessário recorrer a instrumentos para auxiliar um parto. Após os cuidados imediatos ao recém-nascido verificou-se que se encontrava hipotónico, com gemidos, cianose das extremidades e apresentava céfalo-hematoma no local onde fora aplicada a ventosa. O RN foi colocado numa incubadora para administração de oxigénio, aquecimento e foi contactada Pediatra para observação do mesmo.

Após observação pela Pediatra e com o agravamento do estado do recém-nascido, transfere-se o mesmo para a Unidade de Neonatologia, onde após todas as tentativas de reanimação, foi declarado o óbito.

A notícia foi recebida pelos pais e família de uma forma inesperada, segundo descrição dos colegas se seguiram esta situação mais de perto, visto o percurso da gravidez ter sido aparentemente dentro da normalidade, sem detecção de qualquer situação de risco, não era este o desfecho idealizado pelos pais.

*“ (...) Os pais são confrontados com a primeira das tarefas do luto, a aceitação da realidade e da perda. A gravidez ou o bebé morreu e a sua vida alterou-se (LOWDERMILK & PERRY, 2006:984).*

*Os enfermeiros têm uma grande influência na forma como os pais vivenciam e lidam com situações de perda (...). Os enfermeiros oportunidade de intervir de forma sensível e cuidar destas pessoas (LOWDERMILK & PERRY, 2006:982) ”.*

Para os profissionais de saúde conseguirem intervir de forma a ajudar os casais/família a superar esta perda, também eles necessitam de fazer o seu processo de aceitação e compreensão da situação que experienciaram.

*“ A relação de ajuda consiste numa intervenção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (CHALIFOUR, 2002:33).*

No dia seguinte ao acontecimento descrito, iniciei a minha semana de observação na referida Unidade, sendo o assunto do óbito do RN o tema mais abordado, de várias formas pela equipa multidisciplinar. A incerteza da causa de morte do RN não permitia aos profissionais, que lidaram com a perda, compreenderem e superarem esta

situação, ou seja, não era possível “fazer” um processo de luto visto não haver respostas concretas para o que tinha acontecido. Só após o resultado da autópsia se conseguiu compreender e de certa forma “aceitar” a causa de morte do RN: uma hemorragia subcutânea, entre o couro cabeludo e o crânio, não visualizável externamente foi a causa de morte. Uma das complicações da utilização de ventosa, descritas na bibliografia, é a hemorragia descrita na autópsia.

Não consegui estar indiferente aos sentimentos vivenciados e exprimidos pela equipa de enfermagem (como se fosse eu a viver este momento), apesar não estar presente no momento que ocorreu a morte do RN, visto a perda de um ser humano ser difícil de superar.

Considero que toda esta vivencia também afectou a minha perspectiva de actuação numa situação de parto distócico, visto as primeiras horas de vida do recém-nascido estarem sob a responsabilidade da equipa de enfermagem do bloco de partos. Analisando a situação, as questões que surgem são referentes à avaliação da progressão do trabalho do parto e à actuação dos profissionais envolvidos: Se era possível coloca a hipótese de realização de cesariana em vez de ventosa? Se foram esgotados todos os recursos no que respeita à actuação dos enfermeiros? Que mais poderia ser feito? Se o desfecho desta situação poderia ter sido outro?

Apesar da decisão e realização de partos distócicos não ser da competência dos EESMOG, a reflexão acerca destes acontecimentos ajudam a melhorar a nossa actuação e conhecimento acerca dos nossos sentimentos. É necessário estar desperto às possíveis complicações que possam surgir no pós-parto imediato, que coloquem em risco a vida materna e RN, e actuar adequadamente perante a situação detectada.

Considero que toda a equipa envolvida tenha actuado de acordo com as necessidades da mulher e do recém-nascido, sem prever uma situação tão complexa que tenha terminado com a perda de uma vida.

Apesar de não estar directamente envolvida no caso descrito, creio que foi um momento de aprendizagem que não poderia passar indiferente. Ajudou-me a compreender a importância da continuidade de cuidados existente entre o bloco de partos e a unidade de neonatologia, da partilha de experiências e angústias dos profissionais de enfermagem, com quem trabalhamos diariamente, e sem dúvida a reflectir acerca da minha actuação ainda como estudante num processo de aprendizagem e como futura EESMOG, na detecção de situações complexas que necessitem de intervenção de outros membros da equipa multidisciplinar.

Sem dúvida que o crescimento pessoal e profissional proporcionado por esta reflexão ajudar-me-ão a lidar com a perda/morte de maneira diferente e a ser um melhor profissional de saúde especializado na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica. A compreensão e forma de lidar com situações menos positivas, numa especialidade que habitualmente está associada à vida e não à morte, permitem-nos sermos melhores pessoas, cidadãos e consequentemente melhores profissionais.

Apesar de a minha reflexão ser dirigida principalmente aos sentimentos de inconformismo, indignação, impotência, incompreensão e perda, vividos pelos enfermeiros do bloco operatório e unidade de neonatologia, não posso passar indiferente aos sentimentos que foram, e certamente estão a ser vividos, pelo casal/família do recém-nascido. Também devemos aprender com esta situação para melhor compreendermos as necessidades de acompanhamento dos utentes por nós assistidos.

Como enfermeira que desempenha funções nos cuidados primários, a nível da prevenção, aconselhamento, encaminhamento e vigilância na área da saúde materna, necessito de adquirir competências nesta área de perda, e de como podemos contribuir para um acompanhamento adequado, num futuro planeamento de uma gravidez, numa família que tenha vivido uma experiência semelhante à descrita neste diário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





-  CHALIFOUR, Jacques (2002) – **A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5
-  ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola.
-  LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
-  <http://pensador.uol.com.br/perdas> acedido a 12/03/2011

Imagem da capa disponível em:

[http://www.acores.net/images/blogger/41498\\_1228526019.jpg](http://www.acores.net/images/blogger/41498_1228526019.jpg) acedido a 12/03/2011



*5º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia*

*1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*

## *Díário de Aprendizagem II*

*Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP de Cascais*

*Orientador da Escola:*

*Prof. Mário Cardoso*

*Elaborado por:*

*Susana Frade*

*Orientadora do Local de Ensino Clínico:*

*FESMO Ana Esteves/Paulo Bastos*

*Lisboa*

*Março 2011*





*“O mais importante da vida  
Não é a situação em que estamos,  
Mas a direcção para a qual nos movemos”.*

*(Oliver Wendell Holmes)*

## **ABERVIATURAS**

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia

CPLEESMO – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Nº - Número

RN – Recém-nascido

CTG – Cardiotocografia

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## **DIÁRIO DE APRENDIZAGEM SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

A realização de diários de aprendizagem é um dos objectivos a desenvolver pelos estudantes ao longo da duração do estágio com relatório. Com a duração de aproximadamente 20 semanas, de 19 de Janeiro a 1 de Julho de 2011, o estágio será realizado no Hospital Dr. José D' Almeida – HPP de Cascais, com orientação da escola efectuada pelo Prof. Mário Cardoso e orientação do local pela EESMO's Ana Esteves e Paulo Bastos.

No decorrer da 6ª semana de estágio, surgiu uma situação que passo a descrever: Uma grávida de 38 semanas de gestação, com 20 anos, primeira gravidez, cujo inicio da vigilância da mesma foi realizada num hospital distrital fora da área de Lisboa, pelo facto de a utente estar a frequentar um curso profissional leccionado na área abrangida pelo referido hospital. A sua residência principal é na residência dos pais, no concelho de Sintra, na área abrangida pelo Hospital de Cascais.

Foi admitida na triagem do Hospital de Cascais, com queixas álgicas pélvicas intensas devido a contractilidade de média intensidade, com intervalos regulares entre cada episódio. Após observação do boletim individual de grávida, verificou-se que os resultados analíticos não se encontravam actualizados, pelo que foi colhido sangue naquele momento para actualização das referidas análises. O último registo de análises correspondiam ao 1º trimestre, cujos resultados do hemograma se encontravam dentro dos parâmetros da normalidade, as serologias eram negativas para HIV I e II, Hepatite B e C e Sífilis, apresentava imunidade para a rubéola e citomegalovírus e não apresentava imunidade para a toxoplasmose; urocultura e urina tipo II sem alterações relevantes para a gravidez em curso.

Tinham até à data sido realizadas as ecografias correspondentes a cada trimestre, também sem registos fora da normalidade para a idade gestacional em que foram realizadas.

Para além da colheita de sangue para análises requisitadas, foi também monitorizada a frequência cardíaca fetal e tocograma. O registo do CTG apresentava-se tranquilizador, com boa variabilidade, FCF +/- 145 bpm, com dinâmica uterina irregular e de média amplitude, apresentando num período de 10 minutos 1 a 2 contracções, algumas com percepção pela grávida. A avaliação da cervicometria revelou um colo posterior, fechado e formado.

Após o tempo de espera preconizado para os resultados analíticos estarem disponíveis para consulta, surge um resultado imprevisto: apresentava valores positivos para VIH. Visto ser um resultado positivo foi realizada uma contra análise cujo resultado teria que ser realizado fora dos laboratórios do hospital, e como tal demoraria mais tempo a saber se se confirmaria o diagnóstico. Foi pedido à grávida para regressar ao hospital uns dias mais tarde, para conhecer a confirmação ou não do resultado revelado. Foi informada que se houvesse confirmação positiva, teria de ser programada cesariana electiva, devido ao risco de transmissão do vírus ao feto.

*“Quando os primeiros testes são reactivos, devem ser confirmados com um teste adicional, como por exemplo, um western blot ou um ensaio de imunofluorescência. Se a pesquisa de anticorpos positiva for confirmada por um teste suplementar, isso significa que a mulher está infectada com VIH e pode infectar outras pessoas. Os anticorpos VIH são detectáveis em, pelo menos 95% dos indivíduos infectados no período de 3 meses que se segue à infecção” (LOWDERMILK & PERRY, 2006: 127).*

O regresso da grávida ao hospital foi no dia que estava programado, para conhecimento dos resultados analíticos e programação da cesariana electiva. Os resultados positivos foram confirmados com a contra análise efectuada.

A programação da cesariana electiva teve que ser eminente visto que a utente no dia em recebeu a confirmação dos resultados encontrar-se na fase latente do trabalho de parto, com CTG com boa variabilidade, FCF +/- 140 bpm, com dinâmica uterina irregular de média a grande amplitude, com registo de 2 a 3 contracções em cada 10 minutos, sentidas pela grávida. A avaliação do colo uterino revelou permeabilidade a 1 dedo, com trajecto de cerca de 2 cm, bolsa de águas íntegra, apresentação alta e móvel.

Foi por mim realizado acolhimento no bloco de partos, monitorizada com CTG, com registos idênticos aos descritos no parágrafo anterior, puncionado acesso venoso periférico para início de soroterapia e profilaxia para a infecção de VIH, antes da realização de cesariana. Houve necessidade de iniciar também tocolíticos de forma a diminuir contractilidade registada e sentida pela grávida durante o período que estava a ser administrada terapêutica referida. Foi também colhido novamente sangue para realização de análises de titulação de anticorpos de VIH.

*“A orientação clínica das grávidas seropositivas difere de acordo com a carga viral e com a quantidade de linfócitos CD4 em circulação. Com medidas adequadas de prevenção é*

*possível diminuir a taxa de transmissão vertical para valores inferiores a 1%” (CAMPOS e tal, 2008:118)*

A notícia foi recebida pela grávida e convivente significativo (a mãe), com grande surpresa e incredibilidade. Num momento de grande instabilidade sentimental, a grávida só conseguia exprimir o facto de como era possível estar a acontecer isto com ela, visto ter sido o único parceiro sexual e namorado existente na sua vida. Para além deste facto, também referiu mais tarde que a gravidez estava a ser vivenciada sozinha com a sua família, visto o “companheiro/ex-namorado” não estar presente desde que soube da gravidez. Referiu também, no momento em que se realizava a colheita de sangue para análises, que poderíamos tirar o sangue todo uma vez que já estava “estragado” e “não servia para nada” e que a única preocupação que tinha no momento era ver o seu filho e “se estava tudo bem com ele”. Visto a utente ter abordado o assunto da paternidade não estar a ser assumida pelo pai do bebé, foi questionada se mantinha contacto com o mesmo, visto ser importante ter conhecimento se havia conhecimento prévio da doença, se estariam infectadas outras pessoas e ser necessário adoptar de comportamentos para não haver infecção de terceiros. A grávida não quis falar no assunto referindo que a preocupação dela no momento é o bem-estar do bebé que irá nascer.

A minha preocupação, e de toda a equipa de enfermagem, foi direccionar as intervenções de enfermagem, mobilizando as competências específicas dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, adquiridas até à data, de forma a garantir o bem-estar materno e fetal, mas principalmente proporcionar o acompanhamento psicológico tão necessário para uma jovem mãe/família, num momento em que os planos que foram delineados para o nascimento e recepção do filho teriam que ser alterados. Também toda a dinâmica da vida pessoal e familiar teria que ser “ajustada” à nova realidade. Proporcionar suporte psicológico de forma à grávida/família conseguir lidar com esta situação, quais as prioridades que deveria ser tidas em conta, minimizar o sofrimento através de todo o acompanhamento necessário foram algumas das considerações abordadas ao longo internamento no bloco de partos, internamento este com duração de cerca de 6 horas. Para além do suporte psicológico foi também realizado aconselhamento relativamente ao acompanhamento e cuidados necessários relativamente à infecção por VIH e como é possível viver com uma doença crónica.

*“ Algumas pessoas vivem momentos difíceis que põem à prova a sua confiança em si-mesmas e no futuro. (...) Num contexto de relação de ajuda profissional, o cliente vive com frequência medos, ansiedade, momentos de desencorajamento; nestes momentos o suporte é importante. (...) Constitui em certa medida, um modo de o interveniente juntar o seu esforço àquele do cliente, a fim de que este assuma com coragem a experiência difícil que está a viver e, inicie e dê continuidade às acções que ela requer” (CHALIFOUR, 2008:178).*

Poder acompanhar esta grávida ao longo do internamento no bloco de partos, ajudou-me a perceber alguns sentimentos que estavam a ser vivenciados e de como poderia lidar com esta situação, de forma a melhorar toda esta vivência. Visto haver possibilidade, no contexto do serviço, acompanhei a grávida durante todo o percurso efectuado no bloco de partos, inclusive na cesariana electiva e nos cuidados à puérpera e recém-nascido no puerpério imediato. Consegui perceber a felicidade vivida pela puérpera/família, com o nascimento de um bebé aparentemente saudável, que por momentos “desviou” a atenção de todos, do recente diagnóstico.

Para além do mais outras questões se levantavam: Será que o “companheiro”, “pai do bebé”, “ex-namorado”, tinha conhecimento que estaria infectado com o VIH? Será que estão mais pessoas infectadas? Será que há consciência de comportamentos de risco?

Quando tive oportunidade de falar novamente com a puérpera, reforcei a importância de comunicar com o pai do seu filho, visto a infecção com o VIH possivelmente ter sido transmitida por ele, do mesmo necessitar de acompanhamento e de adoptar comportamentos que não coloquem em risco a vida de outras pessoas.

Toda esta situação descrita fez-me reflectir na actual realidade da nossa sociedade. Apesar de toda a informação disponível, ainda verificamos a existência de comportamentos de risco. O que é necessário fazer para haver mudanças nos comportamentos da nossa comunidade?

Mais uma vez afirmo e reconheço a importância das intervenções dos EESMO na promoção da saúde e prevenção da doença. Como enfermeira a desempenhar funções nos cuidados de saúde primários e futura ESMO, tenho um papel primordial de intervenção junto da população na prevenção da infecção por VIH. A educação para a saúde e o aconselhamento realizado nos cuidados de saúde primários (em articulação com os cuidados de saúde diferenciados), são fundamentais para a mudança dos







comportamentos da população, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, tendo em vista comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis.

*“Até hoje muitas pessoas acreditam que a SIDA é uma doença restrita aos chamados grupos de risco, como as pessoas que se prostituem ou os homossexuais. Mas a epidemia da SIDA mostrou que todos têm de se prevenir: homens e mulheres, casados ou solteiros, jovens e idosos, todos, independente de cor, raça, situação económica ou orientação sexual” ([www.sida.pt](http://www.sida.pt)).*

Com esta reflexão, concluo que o acompanhamento que realizei à grávida/puérpera/RN/família, para mim foi insuficiente, visto o período de internamento no bloco de partos ser de curta duração, mas considero que direccionei as minhas intervenções o melhor que soube e que foi possível dadas as circunstâncias.

Penso que a situação descrita ajudar-me-á a intervir de outra forma perante situações idênticas que surjam ao longo da minha vida profissional, embora noutra área de intervenção. Afirmo novamente a importância de direccionar mais os cuidados de saúde para a prevenção destas e outras situações, que provocam grandes alterações na vida pessoal, familiar e social dos nossos utentes.

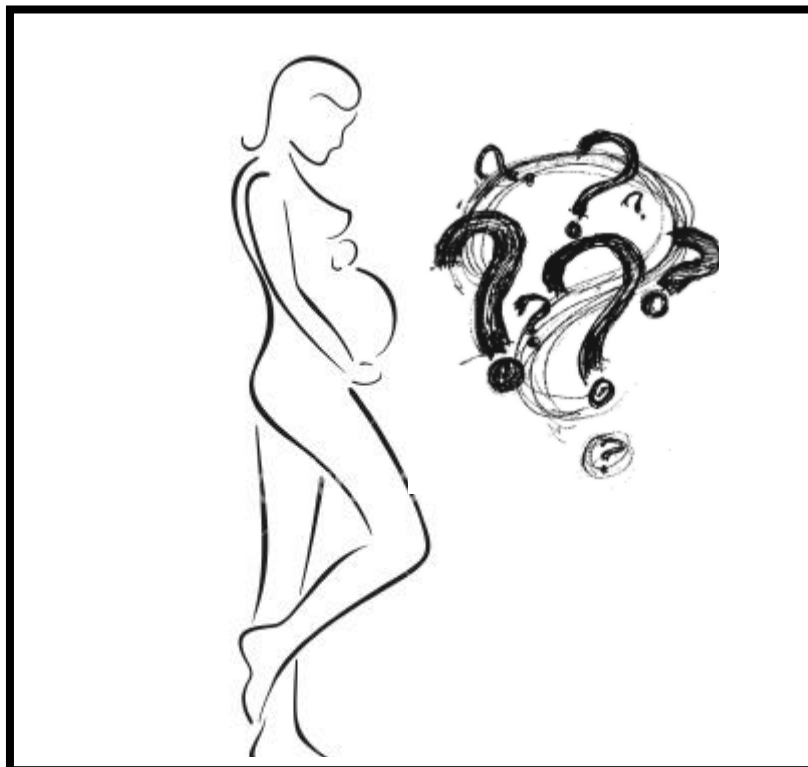
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  CAMPOS, D.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. (2008) – **Protocolos de Medicina Materno-Fetal**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-467-4
-  CHALIFOUR, Jacques (2002) – **A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5
-  ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola.
-  LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
-  <http://www.sida.pt/default.aspx> acedido a 29/03/2011
-  <http://www.dgs.pt> acedido a 29/03/11

*Imagem da capa disponível em:*

[http://4.bp.blogspot.com/\\_CcoVrXKWO3M/TDxBFcLI3tI/AAAAAAAAAJIE/iUmMZN\\_StaQ/s1600/gravidez.jpg](http://4.bp.blogspot.com/_CcoVrXKWO3M/TDxBFcLI3tI/AAAAAAAAAJIE/iUmMZN_StaQ/s1600/gravidez.jpg) acedido a 28/03/2011





*5º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia*

*1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*

## *Diário de Aprendizagem III*

*Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP de Cascais*

*Orientador da Escola:*

*Prof. Mário Cardoso*

*Elaborado por:*

*Susana Frade*

*Orientadora do Local de Ensino Clínico:*

*EESMO Ana Esteves*

*Lisboa*

*Abril 2011*



*Um Homem não pode fazer o certo numa área da vida,  
enquanto está ocupado em fazer o errado noutra.*

*A vida é um todo indivisível.  
(Mahatma Gandhi)*

## **ABERVIATURAS**

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ESMO - Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

CPLEESMO – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Nº - Número

RN – Recém-nascido

2<sup>a</sup> – Segunda

Gr – Grama

DI - Decilitros

## DIÁRIO DE APRENDIZAGEM SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE *GIBBS*

A situação sobre a qual recai a minha reflexão e elaboração do III Diário de Aprendizagem, realizado no decurso do Estágio com Relatório no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida – HPP de Cascais – sob a orientação do Sr. Prof. Mário Cardoso e da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> ESMO Ana Esteves, ocorreu na 14<sup>a</sup> semana de estágio.

Esta situação não se passou comigo em concreto, visto não me encontrar no serviço de urgência, mas foi uma situação inesperada para toda a equipa.

Durante o turno da manhã, foi admitida no serviço de urgência, uma grávida em choque hipovolémico, devido a uma hemorragia grave. Foi transferida de imediato para o bloco operatório da sala de partos, para realização de cesariana emergente. Verificou-se após extracção do feto, que a causa da hemorragia era devido a placenta prévia completa e acretismo placentário – placenta percreta.

“Placenta prévia está implantada no segmento uterino inferior ou sobre o orifício interno do colo. (...) Com a placenta prévia completa o orifício interno está inteiramente obstruído pela placenta (LOWDERMILK & PERRY, 2008:787).”

“A retenção anormal da placenta ocorre por razões desconhecidas, mas pensa-se ser resultado da implantação do zigoto num local onde existe uma deficiência do endométrio, não existindo separação entre a placenta e a decídua. (...) A retenção pode ser parcial ou completa (LOWDERMILK & PERRY, 2008:787).”

“Quando a penetração vilositária envolve toda a espessura do miométrio, chegando à serosa, designa-se por *percreta*. (...) Com frequência, a histerectomia é a medida terapêutica necessária nos casos de acretismo placentário. (GRAÇA, 2005: 385).”

Visto a grávida encontrar-se em choque, não foi possível efectuar anamnese, a colheita de dados foi apenas efectuada através da consulta dos documentos pertencentes à utente e pela informação disponibilizada pelos bombeiros que efectuaram o transporte para o hospital. Da informação colhida no boletim de grávida, só se encontravam registados os resultados analíticos e ecográficos referentes ao 1<sup>o</sup> trimestre da gravidez, aparentemente dentro dos parâmetros considerados normais. Foi deduzido que a vigilância da gravidez não foi adequada.

Toda a informação colhida não fazia prever o desfecho desta situação: no bloco operatório foi realizada cesariana emergente pela equipa médica, com extracção de um feto do sexo masculino, em morte aparente, com malformações a nível do palato – apresentava uma fenda palatina e lábio leporino – e malformações na extremidade do

membro superior esquerdo – a inserção dos dedos encontrava-se a nível cárpico. Foram efectuadas manobras de reanimação ao recém-nascido e transferido para a unidade de neonatologia após se encontrar mais estável.

A puérpera também estava muito instável, com hemorragia acentuada, chegando a fazer paragem respiratória, que reverteu após manobras de reanimação. Foram também prestados os cuidados imediatos nesta situação de urgência e transferida para a unidade de cuidados intensivos após estabilização.

A informação acerca da evolução de ambos, puérpera e recém-nascido, foi sendo relatada pela equipa médica, que passado umas horas teve que realizar histerectomia total por quadro clínico da puérpera encontrar-se muito instável. Quando realizado este procedimento cirúrgico, verificou-se que o acretismo placentário invadia a mucosa vaginal.

No final do turno a recuperação lenta de ambos estava a evoluir para um prognóstico mais favorável do que inicialmente previsto, apesar da instabilidade que se encontravam.

Outra situação que também preocupou toda a equipa foi o facto de ser o filho mais velho da utente, com apenas 15 anos, que acompanhou toda esta situação, visto ter sido ele a acompanhar a mãe até ao hospital. Fomos informados pelo mesmo que o pai se encontrava fora de Lisboa, a trabalhar no Alentejo e que se encontravam de momento a viver em casa de uma tia, que estava em casa a tomar conta de 2 crianças mais novas, motivo pelo qual não pode acompanhar a utente ao hospital. Os adultos referidos foram recebendo informação limitada através de telefonemas efectuados pelos mesmos.

Mais uma vez não pude deixar de reflectir acerca de como é possível ocorrerem situações destas em pelo século XXI, num país com cuidados de saúde gratuitos. Embora não sabendo qual o motivo que levou a utente a não realizar a vigilância da gravidez recomendada, não deixo de sentir preocupação com a vida destes 2 seres humanos.

Ao longo destas 14 semanas de estágio, foi a 2ª situação que ocorreu com características semelhantes. À umas semanas atrás, estava a realizar a triagem a uma utente grávida de “final de tempo (sic)”, como referiu, que escondeu a gravidez toda na tentativa de não perder o emprego, não tendo realizado qualquer tipo de vigilância, mas apesar do desfecho desta situação não ter sido tão grave como a reflexão que estou a

realizar, esta puérpera também inspirou cuidados que obrigaram a uma transferência para a unidade de cuidados intensivos por valores de hemoglobina inferiores a 7 gr/dl. Recebi informações mais tarde que puérpera e recém-nascido se encontravam estáveis clinicamente e que a alta hospitalar estava prevista para breve.

A actuação de toda a equipa multidisciplinar foi no sentido de proporcionar os melhores cuidados à mulher grávida e ao seu filho, na tentativa de preservar a vida de ambos. Também houve sempre o cuidado de tentar proporcionar apoio familiar, principalmente ao jovem adolescente, filho da utente, que só saiu do hospital para ir tomar conta das 2 crianças mais novas, para a sua tia poder deslocar-se ao hospital, de modo a ser informada da evolução da sua irmã. Foram efectuados todos os procedimentos possíveis nesta situação, não consigo identificar nenhuma situação que tenha sido descorada.

Como enfermeira generalista e futura especialista em saúde materna e obstetrícia, a desempenhar funções nos cuidados de saúde primários, não deixo de considerar de extrema importância toda o trabalho que é realizado nestas unidades de saúde, no que diz respeito à vigilância de uma gravidez de baixo risco e encaminhamento das situações de médio e alto risco para unidades hospitalares.

Poder desenvolver um estágio em meio hospitalar, ajuda-me a estar mais desperta para situações que exigem cuidados mais específicos, fora da área da prevenção.

Está a ser muito enriquecedora esta experiência, visto estar mais atenta a algumas situações que ajudar-me-ão na minha vida profissional e área de prestação de cuidados. Penso que apesar de saber que a área de saúde materna e obstetrícia está mais ligada à vida do que à morte, não consigo deixar de sentir que os casos menos positivos obrigam-me a reflectir mais e a lidar com situações para as quais ainda não estou preparada, nem tão pouco sei se algum dia conseguirei estar preparada para lidar com as mesmas.

Considero que actualmente podemos prevenir situações de morbilidade e mortalidade materno-infantil, com todo o acompanhamento realizado pelas equipas multidisciplinares. Não sei quais as razões que levaram a utente a não efectuar vigilância da sua gravidez, mas não posso deixar de referir novamente que ficaram 2 vidas em risco devido a esta situação, para além de toda a situação familiar.





É da nossa responsabilidade, enfermeiros e principalmente enfermeiros especialistas, estar atentos à vigilância da gravidez de forma a preservar a saúde materna e infantil.

Não posso deixar de reflectir também que a utente tinha efectuado pelo menos uma consulta no 1º trimestre de gravidez, e depois? Será a equipa que acompanhou esta utente nos cuidados de saúde primários efectuou tentativas de contacta-la para descobrir os motivos da ausência às consultas? Será que temos que actuar de forma diferente a nível primário? Será que é necessário realizar outro tipo de divulgação dos direitos dos utentes no que diz respeito à saúde?

Mais uma vez refiro que apesar de esta situação não ter sido alvo da minha prestação de cuidados, não pude deixar de reflectir sobre ela, visto não ter conseguido passar indiferente. Irá obrigar-me a direccionar os meus cuidados durante o estágio e futuramente no meu local de trabalho de outra forma, na tentativa de preservar sempre a vida materna e infantil.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  GRAÇA, Luís Mendes – **Medicina Materno-Fetal** (2005). 3ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-325-8
-  ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola.
-  LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
-  <http://pensamentos.aaldeia.net/pensamentos/vida> acedido a 28/4/11


Imagens da capa disponíveis em:

[http://omundocatita.blogspot.com/2010\\_06\\_01\\_archive.html](http://omundocatita.blogspot.com/2010_06_01_archive.html) acedido a 28/4/11

<http://consultoriodeastrologia.blogs.sapo.pt/722759.html> acedido a 28/4/11

## **APENDICE XI**

### **Norma de procedimiento**

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b>  <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b>  <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <hr/> <b>Pág. 1 / 1</b>
--	--	--

## 1. TITULO – PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا

## 2. OBJECTIVO

Uniformização de Condutas Orientadoras para a actuação em situações de Pré-Eclâmpسيا/ Eclâmpسيا

## 3. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros e Médicos do Bloco de Partos/ Urgência Obstétrica e Ginecológica

## 4. DEFINIÇÕES

### 4.1 – PRÉ-ECLÂMPسيا


A Pré-Eclâmpسيا (PE) é uma síndrome multissistémica geralmente reconhecida pelo aparecimento “de novo” da hipertensão arterial (HTA) e proteinúria na 2ª metade da gravidez.

A PE pode-se classificar em:

1. Pré-Eclâmpسيا Moderada, cuja actuação clínica nesta situação tem como objectivos impedir o agravamento da situação, estabelecer o mais aproximadamente possível o tempo de gestação e garantir a maturidade pulmonar do feto. Se gestação >36 semanas o parto deve ser induzido; se gestação <36 semanas pode-se adoptar uma atitude expectante desde que a situação materno-fetal esteja estabilizada;
2. Pré-Eclâmpسيا Grave cuja actuação centra-se na prevenção de convulsões, controlo da HTA e planeamento do parto.

### 4.1.1 - Sinais e Sintomas da Pré-Eclâmpسيا

	Pré - Eclâmpsia Moderada	Pré - Eclâmpsia Grave	
Tensão Arterial	TA ≥140/90 mmHg  (2 avaliações separadas por um período de 4 horas em repouso)	TA ≥ 160/110 mmHg  (2 avaliações separadas por um período de 4 horas)	
Edição n.º	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
Revisão n.º	12/06/2011	___/___/___	___/___/___

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <b>Pág. 2 / 1</b>
--	--	------------------------------------

<b>Proteinúria reagente)</b> (tira	Presente $\geq 1+$ (2 amostras colhidas com 4 horas de intervalo)	Presente $\geq 2+$ (2 amostras colhidas com 4 horas de intervalo)
<b>Cefaleias</b>	Ausentes ou transitórias	Presentes e severas
<b>Alterações Visuais</b>	Ausentes	Presentes – visão nublada, escotomas e fotofobia
<b>Irritabilidade/ Alterações de Humor</b>	Transitórias	Severas
<b>Edema Pulmonar</b>	Ausente	Presente
<b>Dor Epigástrica</b>	Ausente	Presente
<b>Reflexos</b>	Podem ser Normais	Hiperreflexia
<b>Alterações Analíticas</b>	Podem ser Normais	Proteinúria $>3$ g/l Creatinina sérica $>8$ mg/dl Clearance da creatinina $<60$ ml/min Trombocitopénia Aumento das enzimas hepáticas

#### 4.2 – ECLÂMPسيا


A Eclâmpسيا (E) é a forma mais grave dos quadros de Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIG). Caracteriza-se pelo aparecimento de convulsões em grávidas com Pré-Eclâmpسيا (PE), podendo as mesmas ocorrer antes, durante ou nas primeiras 48 horas após o parto.

Os passos do tratamento em situações de Eclâmpسيا são os preconizados para a Pré-Eclâmpسيا grave com complicações associadas: prevenção das convulsões, controlo da HTA e interrupção da gravidez.

### 5 - CONDOTA TERAPÉUTICA

#### 5.1 – PROFILAXIA DAS CONVULSÕES

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> ----- <b>Pág. 3 / 1</b>
--	--	---

O Sulfato de Magnésio ( $MgSO_4$ ) é o anti-convulsivante mais utilizado na Pré-Eclâmpsia (PE) e Eclâmpsia (E) na prevenção de convulsões.

Circula não ligado às proteínas, penetra facilmente nos tecidos e é excretado quase exclusivamente na urina.

### 5.1.1 – Acção do Sulfato de Magnésio

1. Efeito curarizante ao nível da placa neuromuscular, diminuindo a quantidade de acetilcolina libertada pelos impulsos nervosos;
2. Reduz a excitabilidade do córtex cerebral, aumentando o limiar convulsivo;
3. Provoca uma ligeira diminuição da tensão arterial (TA) por moderado efeito vasodilatador.

### 5.1.2 - Efeitos Colaterais do Sulfato de Magnésio

#### Na Mãe:

1. Actividade tocolítica
2. Interferência com a condução cardíaca
3. Depressão respiratória
4. Hiporreflexia
5. Oligúria
6. Sensação de calor, rubor e náuseas

#### No Feto:


1. Diminuição da variabilidade do traçado cardíaco
2. Taquicárdia

### 5.1.3 – Contra-Indicações do Sulfato de Magnésio

1. Miastenia gravis
2. Isquémia do miocárdio
3. Enfarte

O Sulfato de Magnésio pode interagir com os bloqueadores dos canais de cálcio e reduzir a contractilidade do miocárdio ou levar a arritmias.

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <b>Pág. 4 / 1</b>
--	--	------------------------------------

Se houver insuficiência renal, há risco de depressão respiratória (com creatinina de 1,2 reduzir o Sulfato para metade ou seguir com doseamento de magnesiemia seriados).

#### 5.1.4 – Níveis séricos do Magnésio e achados clínicos

<b>4-6 mEq/l</b>	Níveis terapêuticos na profilaxia das convulsões
<b>5-10 mEq/l</b>	Alterações no ECG
<b>10 mEq/l</b>	Perda do reflexo osteo-articular
<b>15 mEq/l</b>	Paralisia respiratória
<b>30-35 mEq/l</b>	Paragem cardíaca

#### 5.1.5 - Sinais de toxicidade do Sulfato de magnésio

1. Letargia
2. Diminuição dos reflexos tendinosos profundos e discreto empastamento
3. Hipotensão materna
4. Bradicardia
5. Bradipneia
6. Paragem cardíaca

#### 5.1.6 – Apresentação comercial do Sulfato de Magnésio


1. Ampolas de 10 ml a 50% = 500 mg/ml = 5 g/ampola
2. Ampolas de 10 ml a 20% = 200 mg/ml = 2 g/ampola

#### 5.1.7 - Administração de Sulfato de Magnésio

##### 1. Bólus inicial: 4g.

- Administração EV Lenta, durante 5 a 10 minutos (2 F de 2 g a 20%);
- Podem-se diluir 2 ampolas em 100 ml de Soro Fisiológico e perfundir em 20 minutos.

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ___/___/___	Homologado: ___/___/___
---------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> ----- <b>Pág. 5 / 1</b>
--	--	---

## 2. Dose de manutenção: 1 a 2g/hora

- 5 ampolas de 2 g a 20% (=10g) em 500 ml de Dextrose a 5% em H<sub>2</sub>O a perfundir a 50 ml/h (=1g/hora);
- Se as ampolas forem de 5 g a 50%: 4 ampolas de 5 g a 50% (=20g) em 500 de Dextrose a 5% a perfundir a 25 ml/h.

### 5.1.8 – Administração do antídoto do Sulfato de Magnésio

Gluconato de Cálcio ou Cloreto de Cálcio 10 ml/ em 100 ml Soro Fisiológico, administrado lentamente por via EV, pelo menos durante 3 minutos.

Efeitos colaterais: Arritmias, bradicardia e fibrilhação ventricular.

## 5.2 - CONVULSÕES

### 5.2.1 – Administração de Sulfato de Magnésio

#### 1. Bólus: 4g.

- Administração EV Lenta, durante 5 a 10 minutos (2 F de 2 g a 20%);
- Se convulsão persistir administrar mais 2g EV a 20%;

**OU**

- Administrar 4 a 6g diluídos em 100 a 150 ml de SF EV em 15 a 30 min;
- A convulsão raramente ultrapassa os 3-4min.


#### 2. Convulsão refractária

- Fenobarbital Sódio 100 a 150 mg EV lento na presença do anestesista;
- Se convulsões sucessivas determinar **pH e gases**.

## 5.3 – TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA

A utilização de fármacos anti-hipertensores deve ser reservada para as doentes em que valores de Tensão Arterial (TA) muito elevados implicam uma probabilidade aumentada de hemorragia intracraniana.

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <hr/> <b>Pág. 6 / 1</b>
--	--	--

Consideram-se valores elevados da TA quando TA sistólica superior a 160 mmHg e TA diastólica superior a 110 mmHg.

O objectivo da terapêutica anti-hipertensiva é manter valores de TA diastólica entre os 90-100 mmHg.

A terapêutica utilizada é: Labetalol, Nifedipina, e Hidralazina. A evidência demonstra que o medicamento melhor é o Labetalol, eventualmente associado à Nifedipina.

### **5.3.1 – Labetalol**

O Labetalol é um bloqueador combinado dos receptores  $\alpha$  e  $\beta$ -adrenérgicos.

#### **5.3.1.1. – Acção do Labetalol**

O Labetalol provoca diminuição da tensão arterial, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da resistência periférica, não alterando o débito cardíaco. Tem efeito vasodilatador e contribui para reduzir a agregação plaquetária.

#### **5.3.1.2 – Efeitos colaterais do Labetalol**

1. Cefaleias
2. Vertigens
3. Tremores
4. Cansaço
5. Letargia
6. Hipotensão
7. Hipoglicémia neo-natal
8. RCIU associados ao uso de labetalol


#### **5.3.1.3 – Contra-Indicações do Labetalol**

1. Bloqueio A-V do segundo ou terceiro graus
2. Choque cardiogénico
3. Hipotensão prolongada e grave
4. Bradicardia grave
5. Hipersensibilidade conhecida ao fármaco

#### **5.3.1.4 - Apresentação comercial do Labetalol**

Edição n.º	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
Revisão n.º	12/06/2011	___/___/___	___/___/___



 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPsia/ ECLÂMPsia</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <hr/> <b>Pág. 7 / 1</b>
--	--	--

Ampolas de Cloridrato de Labetalol de 20 ml = 5 mg/ml = 100 mg/ ampola

### 5.3.1.5 - Administração do Labetalol

#### 1) Dose Inicial – 20 mg.

Se passados 10 minutos não houver resposta administrar 40 mg, e 10 minutos depois 80 mg e se necessário mais 80 mg após 10 minutos.

Nenhuma dose deverá exceder os 80 mg e o máximo acumulativo de dose total é de 220 mg.

#### 2) Dose de Manutenção – 100 mg

Diluir 100 mg de Labetalol em 100 ml de Soro Fisiológico a perfundir a 30 ml/h podendo se aumentar a perfusão de 60-120 ml/h. ATENÇÃO À FREQUÊNCIA CARDÍACA.

### 5.3.2 - Nifedipina

A Nifedipina é um bloqueador dos canais de cálcio. A apresentação comercial recomendada para as grávidas é a cápsula de 10 mg, que NUNCA DEVERÁ SER ADMINISTRADA POR VIA SUB-LINGUAL.


#### 5.3.2.1 – Acção da Nifedipina

Os bloqueadores dos canais de cálcio inibem o fluxo do cálcio extracelular para dentro das células. Também reduzem a resistência vascular periférica, devido a sua acção vasodilatadora, reduzindo assim a tensão arterial.

#### 5.3.2.2 – Efeitos colaterais da Nifedipina

1. Cefaleias
2. Tonturas
3. Edemas
4. Rubor
5. Astenia
6. Náuseas

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> ----- <b>Pág. 8 / 1</b>
--	--	---

7. Hiperplasia gengival
8. Alterações da função hepática
9. Taquicárdia
10. Pré-cordialgia
11. Palpitações
12. Parestesias
13. Prurido

### 5.3.2.3 – Contra-Indicações da Nifedipina

1. Choque cardiogénico
2. Enfarte agudo do miocárdio
3. Estenose aórtica grave

### 5.3.2.4 – Administração da Nifedipina

Administra-se **10 mg** “*per os*”.

Se necessário repetir a administração com intervalos de 30 minutos até ao máximo de 50 mg.

Não deverá ser associada a administração de Nifedipina com Sulfato de Magnésio, devido à astenia que provoca. Estão descritos 2 casos de paragem respiratória associados à administração em simultâneo dos 2 fármacos


### 5.3.3 – Hidralazina

A Hidralazina é um potente vasodilatador. Deverá ser escolhido para um tratamento de curta duração devido à sua utilização prolongada levar à estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e a redução da perfusão renal, diminuindo o efeito anti-hipertensivo, provocando retenção hídrica aumentando assim o risco de insuficiência cardíaca.

#### 5.3.3.1 – Acção da Hidralazina

A Hidralazina diminui a reactividade das paredes arteriolas às aminas vasopressoras, contrariando o vasoespasmo característico do quadro. Por outro lado a vasodilatação induz o aumento reflexo cardíaco, tornando menos provável, uma excessiva diminuição da tensão arterial, que desencadeia efeitos nefastos na perfusão útero-placentária.

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPsia/ ECLÂMPsia</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <hr/> <b>Pág. 9 / 1</b>
--	--	--

### 5.3.3.2 – Efeitos colaterais da Hidralazina

1. Cefaleias
2. Taquicárdia
3. Epigastralgias

### 5.3.3.3 – Apresentação Comercial

Ampolas de 5 ml de Sulfato de Di-hidralazina = 25 mg/ ampola

### 5.3.3.4 - Administração da Hidralazina

Administração se TA diastólica  $\geq$  130 mmHg.


Diluir 1 ampola de 25 mg de Di-hidralazina em 20 ml de Soro Fisiológico, administrar inicialmente apenas 5 mg (4 ml da diluição).

Reavaliar TA após 10 minutos e se necessário administrar mais 10 mg (8 ml da diluição), reavaliar novamente passados 10 minutos da administração. e se necessário administrar os restantes 10 mg (restante diluição).

## 6 – TRATAMENTO

1. Se gestação  $\geq$  a 34 semanas – Indução do trabalho de parto após o início da medicação anti-convulsivante e estabilização da tensão arterial. Não existem contra-indicações formais para a utilização de prostaglandinas e ocitocina para induzir o parto;
2. Se gestação  $<$ a 34 semanas – Alguns autores sugerem protelar o parto 48 horas, para administração de corticóides e aceleração da maturidade pulmonar fetal. Contudo o adiamento do parto pode agravar a situação materna;
3. Se gestação  $<$ a 24 semanas – Na presença de Pré-Eclâmpsia grave deverá ser terminada a gravidez;
4. Se Pré-Eclâmpsia ligeira a moderada e gestação  $<$ a 37 semanas – Internamento e monitorização da condição materna e fetal;

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPSIA/ ECLÂMPSIA</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> ----- <b>Pág. 10 / 1</b>
--	--	--

5. A terapêutica expectante não deverá ser administrada a mulheres com: Eclâmpsia, DPPNI, Síndrome de HELLP ou plaquetas <100 000 e também se houver sofrimento fetal.
6. Parto Imediato se: Hipertensão não controlada, deterioração da função renal e dor epigástrica ou dor no quadrante superior mantida;


**Via de parto** é decidida por critérios obstétricos

1. **Indução do Trabalho de Parto** se:
  - a) Gestação  $\geq$  32 semanas
  - b) Índice de Bishop favorável
  - c) Apresentação em vértice
  - d) Optar por analgesia epidural excepto se plaquetas <80 000
  - e) Manter monitorização fetal contínua.
2. **Cesariana** se:
  - a) Gestação <32 semanas
  - b) Índice de Bishop <5
  - c) Evidência de sofrimento fetal
  - d) Existência de RCIU
  - e) Outra apresentação que não de vértice
  - f) Trabalho de parto não estabelecido ao fim de 8 horas de indução.

## 7 - PROCEDIMENTOS NA PRÉ-ECLÂMPSIA/ ECLÂMPSIA


1. Proporcionar ambiente tranquilo, com poucos estímulos e com pouca luminosidade;
2. Manter grávida em repouso no leito, de preferência em decúbito lateral esquerdo;
3. Puncionar 2 acessos venosos de grande calibre, um para perfundir Lactato de Ringer e outros para perfundir medicação;
4. Monitorização da Tensão Arterial (TA) contínua;
5. Monitorização da Frequência Cardíaca contínua;
6. Monitorização da Frequência Respiratória contínua;
7. Monitorização de Saturação de Oxigénio;

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <hr/> <b>Pág. 11 / 1</b>
--	--	---

8. Monitorização Cardiotocográfica;
9. Monitorização de Proteinúria 4/4h;
10. Colocação de Drenagem Vesical;
11. Vigilância da Diurese 1/1h (manter débito urinário entre 30/h ou 100ml/4h);
12. Realização de Balanço Hídrico;
13. Avaliação de Edemas;
14. Colher sangue para:
  - a) Hemograma completo - incluindo Contagem de Plaquetas;
  - b) Estudo da Coagulação - APTT, Fibrinogénio e Tempo de Protrombina;
  - c) Perfil bioquímico - Ácido Úrico, Ureia, Creatinina e glicose; Ionograma, Enzimas hepáticas e Pesquisa de proteinúria;
15. Administração de oxigénio por máscara em caso de convulsão;
16. Administração de soroterapia cristalóide a 85 ml/h - 125 ml/h;
17. Administração de Sulfato de Magnésio, segundo prescrição médica;
  - a) Vigilância do Estado de Consciência;
  - b) Vigilância Alterações Neurológicas;
  - c) Vigilância dos Reflexos Tendinosos Profundos (rotuliano) de 4 em 4 horas;
  - d) Colher sangue para doseamento de magnesemia 4-6 horas após o início da perfusão;
  - e) Ajuste do ritmo de perfusão do sulfato de magnésio consoante valores analíticos (manter níveis plasmáticos entre 4,2 e 8,4 mg/dl);
  - f) Suspender ou diminuir perfusão de Sulfato de Magnésio se:
    - i. Reflexos Tendinosos Profundos demorado ou ausente;
    - ii. Débito urinário inferior a 30 ml/h ou a 100ml/4h;
    - iii. Frequência respiratória inferior a 12 ciclos/min.
  - g) Administrar antídoto – Gluconato de Cálcio – se sintomas de toxicidade alarmantes;
  - h) Verificar material de reanimação cardio-respiratória e respectiva medicação;
18. Administrar Terapêutica Anti-Hipertensiva segundo prescrição médica;
19. Vigilância de efeitos colaterais da medicação administrada;
20. Efectuar registos de enfermagem claros e concisos que permitam a continuidade dos cuidados;

Edição n.º	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
Revisão n.º	12/06/2011	___/___/___	___/___/___

 <b>HPP</b> HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO/ ENFERMAGEM</b> <b>PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا</b> <b>Nº</b>	<b>UOG/BP</b> <b>Pág. 12 / 1</b>
--	--	-------------------------------------

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 CAMPOS, Diogo A; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa (2008) – **Protocolos de Medicina Materno-Fetal**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-467-4

📖 GRAÇA, Luis Mendes (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-325-8

📖 LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1

📖 Protocolo nº 12 do Hospital de Cascais – Dr, José de Almeida – Protocolo da Pré-Eclâmpsia, elaborado pela Dr.ª Rosalinda Rodrigues. Outubro 2010

## 9 – ELABORADO POR:

AESMO Susana Frade, 1º CMESMO/ 5º CPLEESMO – ESEL

EESMO Ana Esteves

Edição n.º Revisão n.º	Elaborado: 12/06/2011	Aprovado: ___/___/___	Homologado: ___/___/___
---------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

## **APENDICE XII**

### **Plano da Sessão de Apresentação da Norma de Procedimento**

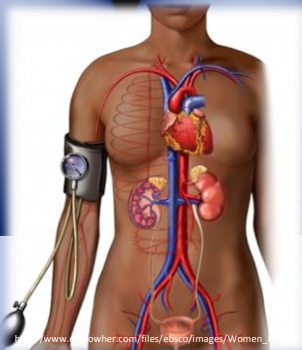




## **APENDICE XIII**

### **Apresentação da Norma de procedimento em *PowerPoint***

## NORMA DE PROCEDIMENTO PRÉ-ECLÂMPسيا/ ECLÂMPسيا



### BLOCO DE PARTOS

21-06-2011

SUSANA FRADE

1



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpسيا/ Eclâmpسيا

## ESTÁGIO COM RELATÓRIO 1º CMESMO/ 5º CPLEESMO

ELABORADO POR: SUSANA FRADE

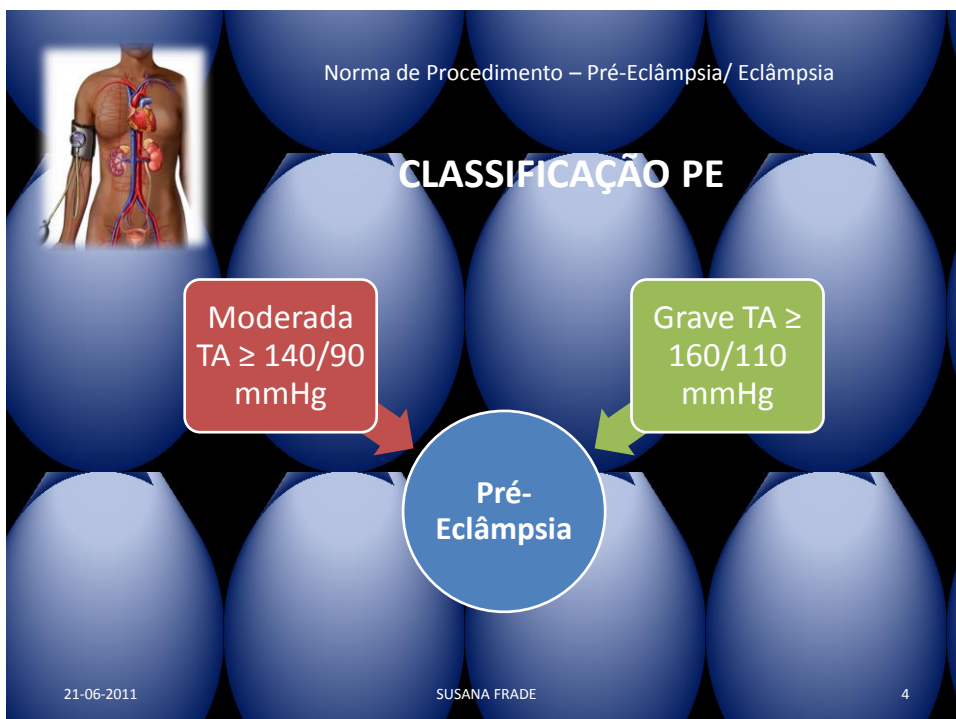
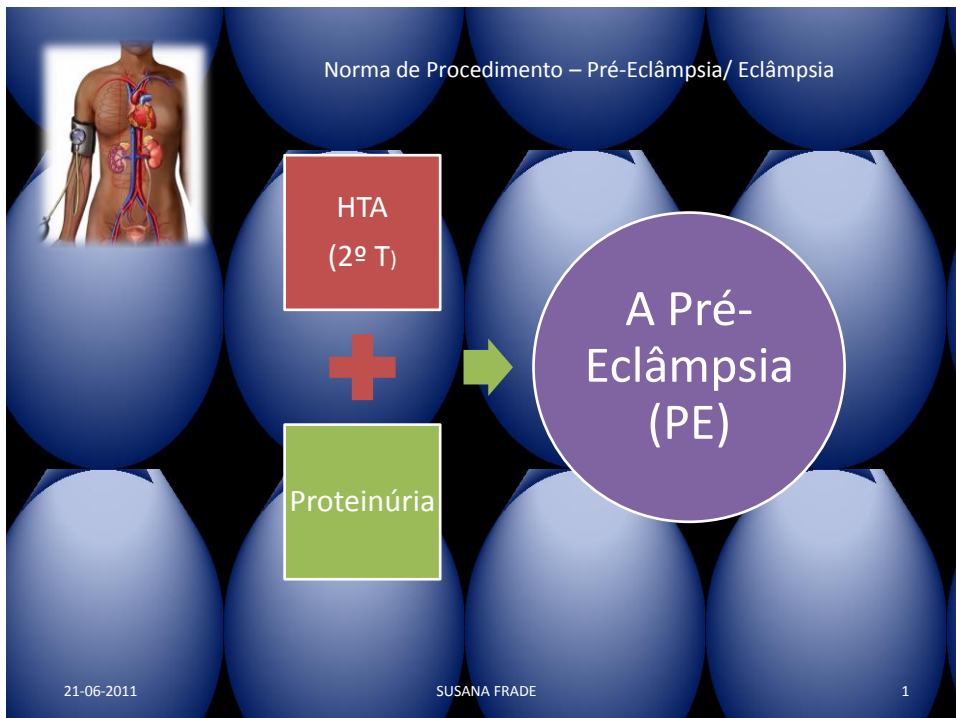
ORIENTADORA LOCAL: EESMO ANA ESTEVES

DOCENTE ORIENTADOR: MÁRIO CARDOSO


21-06-2011

SUSANA FRADE

2



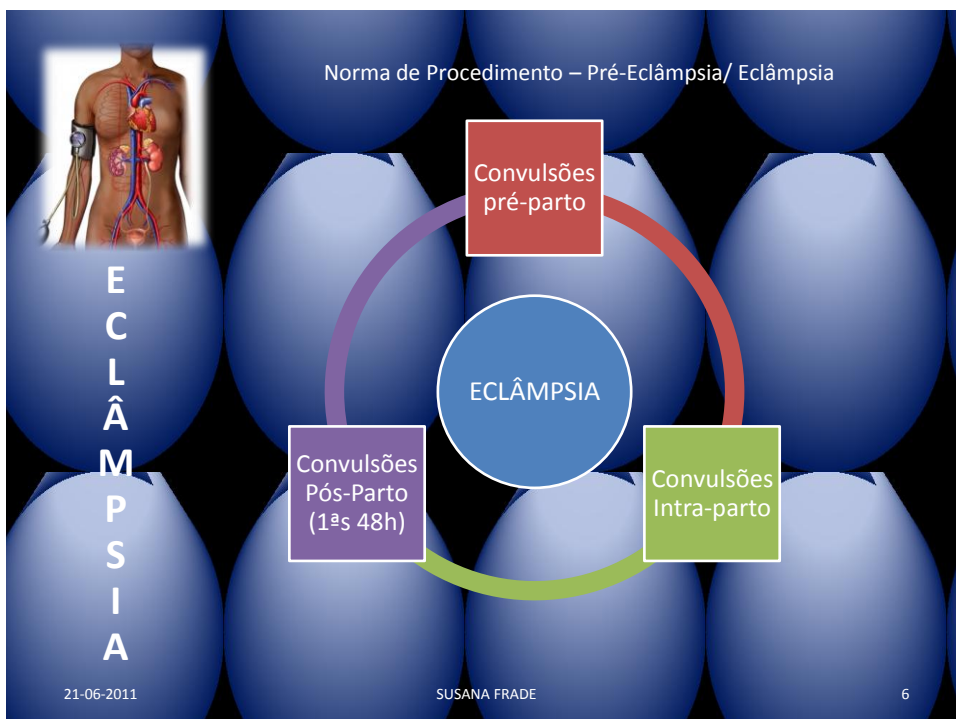
Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia



## PE GRAVE SINAIS E SINTOMAS

- Proteinúria
- Cefaleias
- Escotomas/ Fotofobia
- Alterações de Humor/ Irritabilidade
- Edema Pulmonar
- Dor Epigástrica
- Hiperreflexia
- Alterações analíticas – aumento da clearance da creatinina, trombocitopenia, aumento das enzimas hepáticas, proteinúria

21-06-2011 SUSANA FRADE 5





Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

## CONDUTA TERAPÊUTICA PROFILAXIA DAS CONVULSÕES

### SULFATO DE MAGNÉSIO

Ampolas 10 ml a 20% = 2g / ampola

Ampola s10 ml a 50% = 5g/ ampola



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

### SULFATO MAGNÉSIO

**Dose inicial – 4g**

2 ampolas 20% (4g) diluídas em 100 SF – 5 a 20 minutos

**Dose Manutenção – 1 a 2g/h**

5 ampolas 20% (10g) diluídas em 500 DW 5% H<sub>2</sub>O – 50 ml/h



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

## **ANTÍDOTO do SULFATO MAGNÉSIO GLUCONATO DE CÁLCIO**

Gluconato de cálcio ou Cloreto de Cálcio

1 ampola de 10 ml/ 100 ml de SF

EV Lento = 3 minutos

21-06-2011

SUSANA FRADE

9



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

## **CONDUTA TERAPÊUTICA CONVULSÕES**

**Dose inicial – 4g**

2 ampolas 20% (4g) diluídas em 100 SF – 5 a 20 minutos

**Se convulsão persistir – 2g**

1 ampolas 20% (2g)


**Se convulsão refractária**

Fenobarbital Sódio 100 a 150 mg EV lento (anestesista)

21-06-2011

SUSANA FRADE

10




Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

**CONDUTA TERAPÊUTICA**  
Terapêutica Anti-Hipertensora

**LABETALOL** (CLORIDRATO)

Ampolas 20 ml = 5 mg/ml = 100 mg/ ampola

21-06-2011 SUSANA FRADE 11



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

**CONDUTA TERAPÊUTICA**  
Terapêutica Anti-Hipertensora

**LABETALOL**

10 minutos

80 mg

80 mg


40 mg

Dose inicial – 20 mg

máx. 220 mg

21-06-2011 SUSANA FRADE 12





Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

**CONDUTA TERAPÊUTICA**  
Terapêutica Anti-Hipertensora


**LABETALOL**

**Dose Manutenção – 100 mg**  
100 mg/ 100 ml SF a 30 ml/h

↓

60 – 120 ml/h  
(atenção FC)

21-06-2011 SUSANA FRADE 13



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

**CONDUTA TERAPÊUTICA**  
Terapêutica Anti-Hipertensora

**NIFEDIPINA**

30 minutos

10 mg "PO"

10 mg "PO"

10 mg "PO"

10 mg "PO"

10 mg "PO"

máx. 50 mg

21-06-2011 SUSANA FRADE 14





Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

**CONDUTA TERAPÊUTICA**  
Terapêutica Anti-Hipertensora

**NIFEDIPINA**

**NUNCA ADMINISTRAR SUB-LINGUAL**

**NÃO DEVE SER ADMINISTRADO COM O  
SULFATO DE MAGNÉSIO**

21-06-2011

SUSANA FRADE

15



Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

**CONDUTA TERAPÊUTICA**  
Terapêutica Anti-Hipertensora

**HIDRALAZINA**

(Sulfato de Di-hidralazina)

Ampolas de 5 ml de = 25 mg/ ampola

Administrar se TA diastólica  $\geq$  130 mmHg

21-06-2011

SUSANA FRADE

16

Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

## CONDUTA TERAPÊUTICA

### Terapêutica Anti-Hipertensora

## HIDRALAZINA

Diluir 1 ampola em 20 ml de SF

10 minutos

10 mg = 8 ml

5 mg = 4 ml

Avaliar sempre a TA antes das administrações

21-06-2011 SUSANA FRADE 17

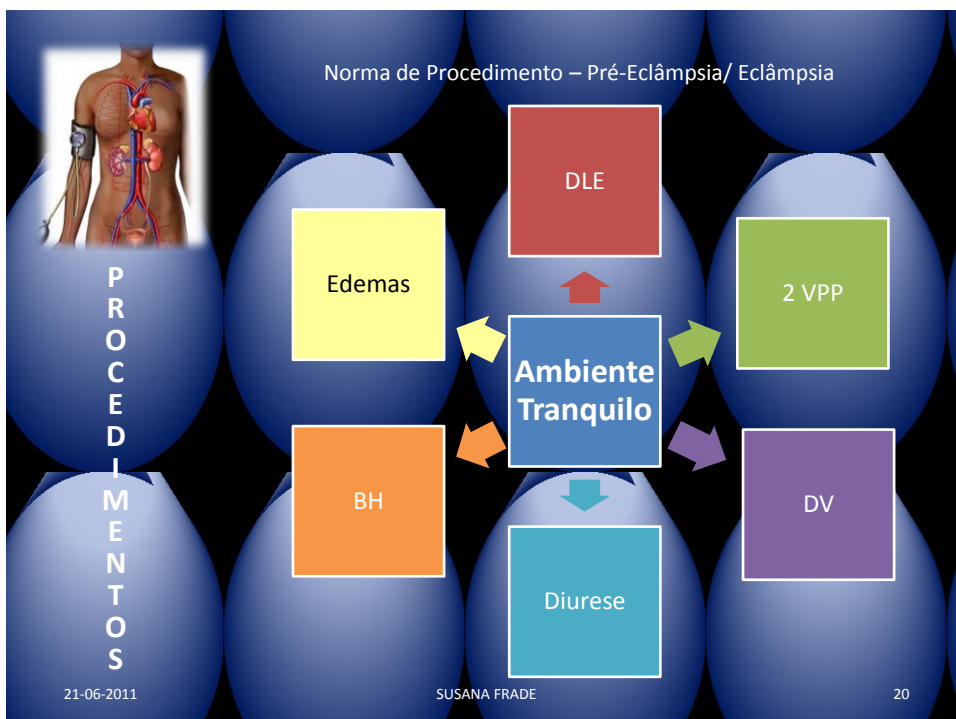
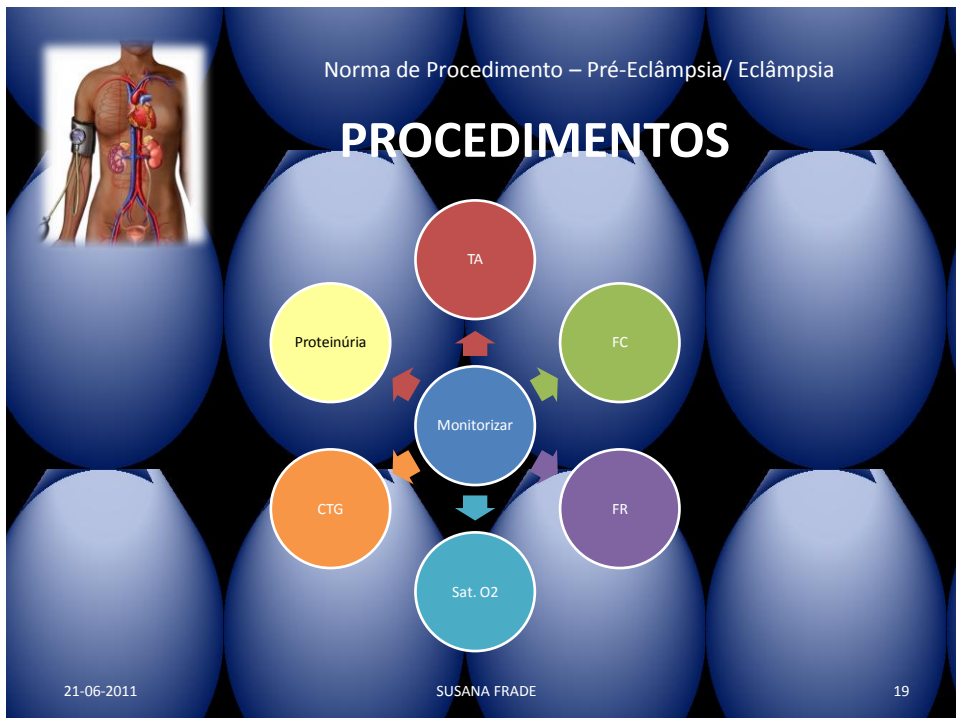
Norma de Procedimento – Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia

## TRATAMENTO

Parto Eutócico

Cesariana

21-06-2011 SUSANA FRADE 18





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 CAMPOS, Diogo A; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa (2008) – **Protocolos de Medicina Materno-Fetal**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-467-4

📖 GRAÇA, Luis Mendes (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-325-8

📖 LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1

📖 Protocolo nº 12 do Hospital de Cascais – Dr, José de Almeida – Protocolo da Pré-Eclâmpsia, elaborado pela Dr.ª Rosalinda Rodrigues. Outubro 2010



## OBRIGADA

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

**Lei Nº 7/ 2009**

seguintes ao nascimento do filho, cinco dos quais gozados de modo consecutivos imediatamente a seguir a este.

2 — Após o gozo da licença prevista no número anterior, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, à licença prevista nos números anteriores acrescem dois dias por cada gêmeo além do primeiro.

4 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, o trabalhador deve avisar o empregador com a antecedência possível que, no caso previsto no n.º 2, não deve ser inferior a cinco dias.

5 — Constitui contra -ordenação muito grave a violação do disposto nos n.º 1, 2 ou 3.

#### **Artigo 44.º**

##### **Licença por adopção**

1 — Em caso de adopção de menor de 15 anos, o candidato a adoptante tem direito à licença referida nos n.º 1 ou 2 do artigo 40.º

2 — No caso de adopções múltiplas, o período de licença referido no número anterior é acrescido de 30 dias por cada adopção além da primeira.

3 — Havendo dois candidatos a adoptantes, a licença deve ser gozada nos termos dos n.º 1 e 2 do artigo 40.º

4 — O candidato a adoptante não tem direito a licença em caso de adopção de filho do cônjuge ou de pessoa com quem viva em união de facto.

5 — Em caso de incapacidade ou falecimento do candidato a adoptante durante a licença, o cônjuge sobrevivo, que não seja candidato a adoptante e com quem o adoptando viva em comunhão de mesa e habitação, tem direito a licença correspondente ao período não gozado ou a um mínimo de 14 dias.

6 — A licença tem início a partir da confiança judicial ou administrativa, nos termos do regime jurídico da adopção.

7 — Quando a confiança administrativa consistir na confirmação da permanência do menor a cargo do adoptante, este tem direito a licença, pelo período remanescente, desde que a data em que o menor ficou de facto a seu cargo tenha ocorrido antes do termo da licença parental inicial.

8 — Em caso de internamento hospitalar do candidato

a adoptante ou do adoptando, o período de licença é suspenso pelo tempo de duração do internamento, devendo aquele comunicar esse facto ao empregador, apresentando declaração comprovativa passada pelo estabelecimento hospitalar.

9 — Em caso de partilha do gozo da licença, os candidatos a adoptantes informam os respectivos empregadores, com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada, logo que possível, fazendo prova da confiança judicial ou administrativa do adoptando e da idade

deste, do início e termo dos períodos a gozar por cada um, entregando para o efeito declaração conjunta.

10 — Caso a licença por adopção não seja partilhada, o candidato a adoptante que gozar a licença informa o respectivo empregador, nos prazos referidos no número anterior, da duração da licença e do início do respectivo período.

11 — Constitui contra -ordenação muito grave a violação do disposto nos n.º 1 a 3, 5, 7 ou 8.

#### **Artigo 45.º**

##### **Dispensa para avaliação para a adopção**

Para efeitos de realização de avaliação para a adopção, os trabalhadores têm direito a três dispensas de trabalho para deslocação aos serviços da segurança social ou recepção dos técnicos em seu domicílio, devendo apresentar a devida justificação ao empregador.

#### **Artigo 46.º**

##### **Dispensa para consulta pré -natal**

1 — A trabalhadora grávida tem direito a dispensa do trabalho para consultas pré -natais, pelo tempo e número de vezes necessários.

2 — A trabalhadora deve, sempre que possível, comparecer a consulta pré -natal fora do horário de trabalho.

3 — Sempre que a consulta pré -natal só seja possível durante o horário de trabalho, o empregador pode exigir à trabalhadora a apresentação de prova desta circunstância e da realização da consulta ou declaração dos mesmos

factos.

4 — Para efeito dos números anteriores, a preparação para o parto é equiparada a consulta pré -natal.

5 — O pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a trabalhadora às consultas pré -natais.

6 — Constitui contra -ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

#### **Artigo 47.º**

##### **Dispensa para amamentação ou aleitação**

1 — A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.

2 — No caso de não haver amamentação, desde que ambos os progenitores exerçam actividade profissional, qualquer deles ou ambos, consoante decisão conjunta, têm direito a dispensa para aleitação, até o filho perfazer um ano.

3 — A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

4 — No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa referida no número anterior é acrescida de mais 30 minutos por cada gêmeo além do primeiro.

5 — Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respectivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.

6 — Na situação referida no número anterior, a dispensa diária é gozada em período não superior a uma hora e,

sendo caso disso, num segundo período com a duração remanescente, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

7 — Constitui contra -ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

#### **Artigo 48.º**

##### **Procedimento de dispensa para amamentação ou aleitação**

1 — Para efeito de dispensa para amamentação, a trabalhadora comunica ao empregador, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa, que amamenta

## **ANEXO II**

**Parecer nº 44/2008 da OE**



PARECER N.º 44 / 2008	
	SOLICITADO POR: PRESIDENTE DO CE, PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA DA OE
Data de entrada no secretariado CE 04 / 08 / 2008	ASSUNTO: PREPARAÇÃO PARA O PARTO

# 1. A questão colocada

Dúvidas suscitadas pelo parecer do CJ123/2007 sobre: Possibilidade dos Cursos de Preparação para o Parto serem ministrados por enfermeiros sem especialidade na área da saúde materna e obstétrica

# 2. Fundamentação

Nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (EOE) e nas suas atribuições, no nº 1 do artigo 3º, pode ler-se: "o designio fundamental da OE é promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional". Destas atribuições, no nº 2 do mesmo artigo salienta-se a alínea b) onde se lê: "Assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional" e na alínea d) "Definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros e regulamentar o exercício da profissão".

Os Enfermeiros, de acordo com o seu Código Deontológico, devem "actuar responsávelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma"; "trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde"; "Integrar a equipa, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços"<sup>1</sup>( Sempre que exigível, por força das condições do cliente, deve, o enfermeiro, referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde.

Entende-se que trabalhar em articulação e complementaridade não significa que os enfermeiros substituam cuidados de outros profissionais, devendo actuar no melhor interesse e benefício dos utentes e cidadãos, respeitando o seu direito a cuidados de saúde efectivos, seguros e de qualidade.

De acordo com o ponto 1 do art.º 7º, DL n.º 104/98 de 21 de Abril, nas intervenções implementadas pelo enfermeiro, este deve observar todos os princípios inerentes à boa prática de enfermagem devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional, assumindo o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Artigo 5º, Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril

<sup>2</sup>Alínea b), artigo 7º, Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril

As competências necessárias ao exercício profissional dos EESMO, estão subjacentes os conhecimentos e capacidades adquiridas na sua formação. Sendo de acentuar que a formação destes profissionais está sujeita às disposições legislativas decorrentes da transposição das directivas comunitárias 80/154/CEE e 80/155/CEE de 21 de Janeiro para o direito interno português desde 1987.

Quanto às competências das Comissões de Especialidade, também estão definidas nos Estatutos no artigo 30º, nº 2 alíneas: b) compete às comissões de especialidade promover a valorização científica, técnica, cultural e profissional dos membros da especialidade; d) elaborar estudos e emitir pareceres sobre assuntos específicos da especialidade.

Quanto às competências do Conselho Jurisdicional menciona-se o artigo. 25º do qual se salienta a alínea h) que faz referência à elaboração de pareceres que lhe sejam cometidos pelo Presidente do Conselho Directivo, sobre o exercício profissional e deontológico e acrescenta-se ainda que o Conselho Jurisdicional tem poder deliberativo.

O parecer CJ 123/2007 sobre a possibilidade de os cursos de preparação para o parto serem ministrados por enfermeiros sem especialidade na área da Saúde Materna e Obstétrica (SMO), foi elaborado de acordo com o parecer da Comissão de Especialidade de Enfermagem de SMO com fundamentação apresentada por esta Comissão, baseado nos deveres profissionais, nos direitos dos cidadãos e num padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão<sup>3</sup>.

Dado que o curso de preparação para o parto se insere no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e que estas competências lhe são acoetidas com a Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, especialidade legalmente reconhecida pela legislação vigente e Ordem dos Enfermeiros: é ao enfermeiro especialista em SMO que lhe são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a realização de cursos de preparação para o parto.

### 3. Conclusão

OCE entende que o parecer do CJ é explícito quando afirma que:

*"Só aos detentores do título de enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, na área clínica da sua especialidade" ( n.º2, art. 7º, do EOE). Os Cursos de Preparação para o Parto inscrevem-se num contexto de formação permanente não conferindo a habilitação para o exercício autónomo desta actividade aos enfermeiros sem especialidade nesta área.*

*Só aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica é reconhecida competência para ministrar o Curso de Preparação para o Parto."*

As competências científicas, técnicas e humanas adquiridas durante a formação especializada (Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ou equivalente) são as necessárias para obtenção do título que lhes confere o reconhecimento de competências especializadas no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e portanto o direito de exercer autonomamente actividades de preparação para parto.

Só aos detentores do título de enfermeiro especialista é permitido prestar além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da sua especialidade, este só pode delegar cuidados de enfermagem especializados, noutro enfermeiro especialista da mesma área clínica da sua especialidade.

<sup>3</sup>Alínea a, Artigo 90º EOE

### **ANEXO III**

#### **Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**

## Regulamento n.º 127/2011

## Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

## Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser social e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusic; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

## Artigo 1.º

## Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

## Artigo 2.º

## Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

## Artigo 3.º

## Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

## Artigo 4.º

## Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

## ANEXO I

## Competência

HI.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

## Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
HI.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	HI.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. HI.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. HI.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional. HI.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. HI.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. HI.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.
HI.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	HI.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. HI.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. HI.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.



Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	<p>HI.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>HI.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.</p>
HI.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	<p>HI.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>HI.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p> <p>HI.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos.</p> <p>HI.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>HI.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p>

**Competência**

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.</p> <p>H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez.</p> <p>H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.</p> <p>H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.</p> <p>H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</p> <p>H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</p> <p>H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.</p>
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p> <p>H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco.</p> <p>H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.</p> <p>H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.</p> <p>H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	<p>H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.</p> <p>H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez.</p> <p>H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante.</p> <p>H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.</p> <p>H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.</p> <p>H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>

**Competência**

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

**Competência**

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

**Competência**

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

**Competência**

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica



**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os convintes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os convintes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

**Competência**

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

**Descritivo**

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.



## **ANEXO IV**

**Lei nº 9/2009**

e licitamente, no território daquele Estado membro, as actividades em causa durante, pelo menos, cinco anos consecutivos no decurso dos sete anos anteriores à emissão do certificado.

#### SUBSECÇÃO VI

##### Parteira

##### Artigo 37.º

###### Formação de parteira

1 — A formação de parteira compreende, pelo menos, a totalidade de uma das formações seguintes:

a) Formação específica de parteira, a tempo inteiro, com a duração de pelo menos três anos de estudos teóricos e práticos que compreenda, no mínimo, o programa constante do ponto 5.1 do anexo II (via I);

b) Formação específica de parteira, a tempo inteiro, com a duração de 18 meses que compreenda, pelo menos, o programa constante do ponto 5.1 do anexo II, na medida em que não tenha sido ministrado ensino equivalente no âmbito da formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais (via II).

2 — As instituições que ministram a formação de parteira são responsáveis pela coordenação entre o ensino teórico e prático de todo o programa de estudos.

3 — As listas de disciplinas constantes do ponto 5.1 do artigo 52.º, para adaptação ao progresso científico e técnico, sem implicar a alteração da regulamentação nacional respeitante à formação e às condições de acesso à profissão.

4 — O acesso à formação de parteira depende, consoante os casos, dos seguintes requisitos:

a) No caso da alínea a) do n.º 1, conclusão pelo menos dos 10 primeiros anos da formação escolar geral;

b) No caso da alínea b) do n.º 1, posse de um dos títulos de formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais referidos no ponto 2.2 do anexo II.

5 — A formação de parteira garante que o formando adquiriu os conhecimentos e as competências seguintes:

a) Conhecimentos adequados das ciências em que assentam as actividades de parteira, designadamente obstetrícia e ginecologia;

b) Conhecimentos aprofundados das funções biológicas, da anatomia e da fisiologia no domínio da obstetrícia do recém-nascido, bem como conhecimentos das relações existentes entre o estado de saúde e o ambiente físico e social do ser humano e do seu comportamento;

c) Experiência clínica adequada, obtida em estabelecimentos aprovados sob a orientação de pessoal qualificado em obstetrícia;

d) Compreensão adequada da formação do pessoal de saúde e experiência de colaboração com este pessoal;

e) Conhecimentos adequados da deontologia e da legislação profissional.

##### Artigo 38.º

###### Modalidades do reconhecimento dos títulos de formação de parteira

1 — Os títulos de formação de parteira referidos no ponto 5.2 do anexo II beneficiam do reconhecimento au-

tomático previsto no artigo 17.º, se corresponderem a um dos critérios seguintes:

a) Formação de parteira de pelo menos três anos a tempo inteiro, subordinada à posse de um diploma, certificado ou outro título que confira acesso a estabelecimentos universitários ou de ensino superior, ou que garanta um nível equivalente de conhecimentos;

b) Formação de parteira de pelo menos três anos a tempo inteiro, seguida de prática profissional durante dois anos e certificada nos termos do número seguinte;

c) Formação de parteira de pelo menos dois anos ou 3600 horas, a tempo inteiro, subordinada à posse de título de formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais referido no ponto 2.2 do anexo II;

d) Formação de parteira de pelo menos 18 meses ou 3000 horas, a tempo inteiro, subordinada à posse do título de formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais constante do ponto 2.2 do anexo II, seguida de prática profissional durante um ano e certificada nos termos do número seguinte.

2 — O certificado referido nas alíneas b) e d) do número anterior é emitido por autoridade competente do Estado membro de origem e comprova que o requerente, após a obtenção do título de formação, exerceu de maneira satisfatória, num hospital ou estabelecimento de cuidados de saúde aprovado para esse efeito, todas as actividades de parteira durante o período correspondente.

##### Artigo 39.º

###### Exercício das actividades profissionais de parteira

1 — Sem prejuízo do disposto no número seguinte, as actividades de parteira definidas por cada Estado membro são exercidas sob os títulos profissionais referidos no ponto 5.2 do anexo II.

2 — A autoridade competente assegura que as parteiras estejam habilitadas, pelo menos, para exercer as seguintes actividades:

a) Informar e aconselhar correctamente em matéria de planeamento familiar;

b) Diagnosticar a gravidez, vigiar a gravidez normal e efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal;

c) Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico mais precoce possível da gravidez de risco;

d) Estabelecer programas de preparação para a paternidade e de preparação completa para o parto, incluindo o aconselhamento em matéria de higiene e de alimentação;

e) Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto *in utero* pelos meios clínicos e técnicos apropriados;

f) Fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência;

g) Detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção do médico e auxiliar este em caso de intervenção, tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extração manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;

h) Examinar e assistir o recém-nascido, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;